**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Apoio Matricial como Ferramenta da Articulação
entre Atenção Básica e CAPS**

Lídia Pereira da Silva Godoi

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para a obtenção
do título de Mestre em Ciências.**

Área de Concentração: Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Oswaldo Yoshimi Tanaka

**Coorientação: Prof.^a Dra. Tereza Etsuko da
Costa Rosa**

**São Paulo
2020**

Apoio Matricial como ferramenta da articulação entre Atenção Básica e CAPS

Lídia Pereira da Silva Godoi

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para a obtenção
do título de Mestre em Ciências.**

Área de Concentração: Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Oswaldo Yoshimi Tanaka

**Coorientação: Prof.^a Dra. Tereza Etsuko da
Costa Rosa**

**Versão original
São Paulo
2020**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins de estudo, pesquisa, acadêmicos e científicos, desde que na sua reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

Com amor, para Caio, Helena, Lucas e Luiz.

AGRADECIMENTOS

Ao Caio, parceiro de vida e aventuras, por sempre fazer-me ver a melhor versão de mim e sempre incentivar-me ao desenvolvimento e à evolução, pelo suporte nas horas de crises e desesperos e pela presença em momentos felizes, obrigada! Você é minha inspiração!

À minha mãe, Helena, por ser desde sempre minha inspiração e exemplo, seu coração ensinou-me a ser assim. Sem a senhora, jamais teria esse amor e paixão pela Saúde Pública.

Ao meu irmão, Lucas, por sempre acreditar em mim, sua admiração e seu orgulho me mantêm confiante!

Ao meu pai, Luiz, por todo seu amor e carinho e por nunca me deixar desistir, sua força me fez chegar até aqui.

Ao orientador, Tanaka, pela oportunidade, pela confiança, por tornar o seu saber também o meu e pela generosidade e compromisso de compartilhá-lo comigo. Foi uma honra e um prazer trabalhar com o senhor. Muito obrigada!

À coorientadora, Tereza, por compartilhar seu conhecimento comigo, pela disponibilidade, presença e por ajudar-me no desenvolvimento como pesquisadora.

À Érica e Lorryne, pela amizade e pela incrível generosidade, vocês foram peças fundamentais nesse caminho. Agradeço pelo acolhimento, por me ensinarem tanto. Não tenho palavras para expressar tamanha gratidão!

À centenária Faculdade de Saúde Pública e todos os seus servidores, pelo acolhimento. Lugar de luta e resistência, tenho orgulho de ter sido esse o espaço no qual comecei minha trajetória na pesquisa e na Saúde Pública.

À Maria Lúcia, ao Drumond e ao grupo de pesquisa, pela disponibilidade e carinho.

À família e aos amigos, por de uma ou outra forma estarem presentes, pelo suporte, torcida e incentivo. Guardo cada um em minha memória e no meu coração.

O mestrado é um processo muito desgastante, seja pelas abdições que precisam ser feitas ou, ainda, pelas dificuldades de quem escolhe o caminho da pesquisa no Brasil. No entanto, é também gratificante, especialmente quando se percebe o crescimento e a maturidade que se ganha. Fui econômica nos agradecimentos, mas não menos grata a

cada um e cada uma que contribuíram para esta construção e para minha formação, seja pessoal ou profissional. Aos citados e não citados, dedico minha imensa gratidão.

*Melhore tudo, dentro
de você, para que
tudo melhore ao
redor dos seus
passos.*

Chico Xavier

RESUMO

GODOI LPS. Apoio Matricial como ferramenta da articulação entre Atenção Básica e CAPS [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2020.

Introdução - Para a garantia do cuidado integral em saúde, faz-se essencial o trabalho em rede, principalmente entre Unidades Básicas de Saúde e Centros de Atenção Psicossocial. A partir da instituição da Rede de Atenção Psicossocial, o trabalho desses serviços foi reafirmado. Entretanto, a articulação entre ambos é um desafio presente. Nessa lógica, o apoio matricial se apresenta como uma ferramenta capaz de contribuir para a superação desses desafios. **Objetivo** - A finalidade da presente pesquisa é avaliar a correlação entre indicadores de estrutura, recursos físicos e trabalhadores, e de processo, produção do psicólogo e do psiquiatra e a magnitude do matriciamento realizado. **Métodos** - Trata-se de um estudo ecológico, descritivo-analítico, baseado em dados secundários disponíveis no Sistema de Informações Ambulatoriais e no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos, das Coordenadorias Regionais de Saúde do município de São Paulo, no período de 2014 a 2018. **Resultados** - À medida que a produção do psicólogo na atenção básica aumenta, a frequência do matriciamento aumenta. Ao mesmo tempo que à medida que a produção do psiquiatra da atenção básica aumenta, a frequência do matriciamento diminui. **Conclusão** - A presença do psicólogo na atenção básica pode facilitar a articulação entre serviços. No entanto, a atuação do psiquiatra pode não ter superado o modelo médico hegemônico. As coordenadorias possuem grandes e importantes diferenças entre si, o que torna a pesquisa um desafio. O município tem uma realidade complexa e heterogênea, diferente de todo o Brasil. No entanto, o matriciamento e as ações compartilhadas entre as unidades são metas importantes para a gestão municipal, o que destaca a necessidade da realização de pesquisas no campo.

Descritores: Atenção primária à saúde. Saúde mental. Integração de sistemas. Serviços de saúde.

ABSTRACT

GODOI LPS. [Matrix Support as a networking tool between Primary Health Care and Psychosocial Care Center] [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2020. Portuguese.

Introduction - To ensure integral health care, the system integration is fundamental, especially between Primary Health and Psychosocial Care Centers. With the creation of Psychosocial Care Network, the responsibilities of these two services were redefined, however the network between them remains a challenge, therefore the matrix support can play an important role as a tool to overcome the cooperation barriers. **Objective** - The purpose of the study is to assess the correlation between structural (physical resources and workers), process indicators (psychologist and psychiatrist procedures) and the magnitude of matrix support executed. **Methods** - This is an ecological, descriptive-analytical study, based on secondary data on the Assistance Information System and the National Establishment Registration System, from the Regional Health Coordinators of São Paulo, from 2014 to 2018. **Results** - The outcomes show the bigger is the amount of procedures conducted by psychologists in primary care, the higher is the matrix support executed. On the other hand, the opposite happens between psychiatrist procedures and matrix support. **Conclusion** - The presence of the psychologist in primary care can facilitate the articulation between services. However, the psychiatrist's performance may not have surpassed the hegemonic medical model. São Paulo presents a very diverse and complex reality, which is different from other regions of the country and also results in important differences across health coordinators, making this research very challenging. Nevertheless, matrix support and shared actions among health units must be encouraged given its importance for the city management. Hence, more researches are needed in this field.

Descriptors: Primary health care. Mental health. Systems integration. Health services.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	15
2. INTRODUÇÃO	16
2.1. A REFORMA PSIQUIÁTRICA	16
2.2. A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)	17
2.2.1. O apoio matricial e o Núcleo Ampliado da Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)	19
2.3. A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)	21
2.4. O CAMPO DO ESTUDO NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	24
2.5. A AVALIAÇÃO EM SAÚDE	27
3. OBJETIVO GERAL	30
3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
4. MÉTODOS	31
4.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO	31
4.2. FONTE DE DADOS	31
4.3. LOCAL	33
4.4. UNIDADES DE ANÁLISE	39
4.5. INDICADORES	39
4.6. ANÁLISE ESTATÍSTICA	44
4.7. ASPECTOS ÉTICOS	45
4.8. APOIO FINANCEIRO	45
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
6. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
7. REFERÊNCIAS	74

LISTA DE FIGURAS

MÉTODOS

- Figura 1. Mapa dos Estabelecimentos e Serviços de Saúde da Rede Municipal, por Coordenadorias Regionais de Saúde, Subprefeituras e Distritos Administrativos, município de São Paulo 35
- Figura 2. Mapa das Coordenadorias Regionais de Saúde, Supervisões Técnicas de Saúde e Subprefeituras, município de São Paulo 38

ARTIGO

- Figura 1. Total de Matriciamentos de Equipes de Atenção Básica, para o período de 2014 a 2018, segundo Coordenadorias Regionais de Saúde do município de São Paulo 53

LISTA DE QUADRO E TABELAS

ARTIGO

Quadro 1.	Descrição dos procedimentos produzidos, indicadores de processo, nos pontos de atenção da RAPS* e a sua utilização como indicador, em 2020.	51
Tabela 1.	Estimativas médias anuais dos indicadores de estrutura, para o período de 2014 a 2018, segundo Coordenadorias Regionais de Saúde e município de São Paulo	55
Tabela 2.	Razões das estimativas médias anuais dos indicadores de estrutura, para o período de 2014 a 2018, segundo as Coordenadorias Regionais de Saúde e o município de São Paulo	55
Tabela 3.	Estimativas médias anuais dos indicadores de processo e a Razão de Procedimentos por Profissionais, para o período de 2014 a 2018, segundo Coordenadorias Regionais de Saúde e município de São Paulo	57
Tabela 4.	Correlação entre Matriciamento de Equipes da Atenção Básica e indicadores de processo, para o período de 2014 a 2018, segundo Coordenadorias Regionais de Saúde e o município de São Paulo	59

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
APS	Atenção Primária à Saúde
APAC	Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRS	Coordenações Regionais de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
eAB	Equipes de Atenção Básica
EqSF	Equipes de Estratégia de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial de Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
QUALIS	Qualidade Integral à Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Redes de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIASUS	Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos

SM	Saúde Mental
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMSSP	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
STS	Supervisão Técnica de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UA	Unidade de Acolhimento
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

1. APRESENTAÇÃO

A formatação desta dissertação segue o “Modelo alternativo” estabelecido pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Inicialmente, será feita uma introdução abordando os temas que serão discutidos ao longo da dissertação, os objetivos e os métodos. Em seguida, no tópico resultados e discussão, será apresentado um manuscrito elaborado a partir dos dados obtidos e das análises estatísticas realizadas. O artigo intitulado “Apoio matricial como ferramenta da articulação entre atenção básica e CAPS: o que os dados secundários mostram?” foi submetido à revista Saúde em Debate, ao número especial “Retratos da Reforma Psiquiátrica Brasileira”.

2. INTRODUÇÃO

2.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA

A Reforma Psiquiátrica foi um importante movimento, entre as décadas de 1980 e 1990, que transformou os rumos da Saúde Mental (SM) brasileira. O principal objetivo era o fim do modelo asilar como forma de “tratamento”, no qual pessoas em sofrimento psíquico eram asiladas e exiladas da sociedade e passavam a viver em hospitais psiquiátricos, também chamados de manicômios. Assim, a proposta desse movimento era a ruptura desse antigo paradigma, isto é, alterar a forma pela qual a atenção era ofertada aos indivíduos em sofrimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). O cuidado em serviços comunitários era a proposta que poderia impulsionar essa mudança, logo, esses serviços públicos especializados em SM deveriam ser implantados na comunidade e seriam os responsáveis pela atenção à SM, em substituição aos hospitais psiquiátricos (VIDAL, 2008).

Com essa proposta, o sujeito em sofrimento mental não deixaria de ser parte integrante da comunidade e, por meio do cuidado oferecido pelos serviços, poderia manter a sua vida em sociedade, bem como seus direitos básicos de cidadão por meio do acesso à saúde, ao trabalho, à educação e à moradia (YASUI, 2006).

Nesse contexto, algumas experiências se destacaram, mostraram a viabilidade e a possibilidade da construção de uma atenção substitutiva ao modelo hospitalocêntrico. Uma dessas iniciativas surgiu no ano de 1989, no município de Santos, no estado de São Paulo, com o fechamento da Casa de Saúde Anchieta, um grande hospital psiquiátrico conhecido como “Casa dos Horrores”. Como serviços comunitários substitutivos, foram instituídos os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), bem como cooperativas, residências e associações, alternativas à internação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Entretanto, foi somente por meio do Projeto de Lei Paulo Delgado, ao final da década de 1980, que se iniciou a tramitação das propostas da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo. Por esse motivo, esse projeto foi considerado um marco para as mudanças pretendidas, pois foi o primeiro a ser apresentado no Congresso Nacional com as propostas e diretrizes do movimento. O projeto de lei propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Os

movimentos sociais da época, inspirados nesse projeto de lei, conseguem a aprovação da lei em nível estadual, em diversos estados brasileiros (BRASIL, 1989).

No entanto, somente após 12 anos de tramitação, no ano de 2001, cria-se a Lei Federal 10.216, com base no Projeto de Lei Paulo Delgado, porém, com importantes modificações em relação à proposta inicial. A lei redireciona a assistência em SM privilegiando o oferecimento da atenção em serviços de base comunitária e inseridos em uma comunidade, dispondo sobre os direitos da pessoa com transtorno mental e apontando a necessidade da integralidade do cuidado, através da incorporação de serviços médicos, de assistência social, de terapeutas ocupacionais, de fonoaudiólogos, de psicólogos, entre outros (BRASIL, 2001).

2.2 A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE (AB) E O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

A Reforma Sanitária é um movimento contemporâneo à Reforma Psiquiátrica e, assim como ela, mudou os rumos da Saúde Pública no Brasil. Um dos princípios da Reforma Sanitária era a garantia do direito à saúde para todos. Esse movimento culminou na fundação e na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), sistema público e gratuito de saúde brasileiro, o qual possui diretrizes, entre elas, a realização de uma atenção universal, integral e longitudinal à saúde (VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

Para atender às necessidades de saúde da população, com maior resolubilidade dos problemas e otimização na utilização dos serviços, o SUS foi criado com diversos níveis assistenciais, que foram estruturados segundo o modelo difundido em Alma Ata, que apontava os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) como uma das principais portas de entrada do sistema e o nível responsável pela integração e coordenação com os demais níveis. A APS¹ é o nível de menor densidade tecnológica, porém, o mais complexo (STARFIELD, 2002).

Em razão de sua proximidade com a comunidade, esse nível de atenção apresenta maior capacidade de construir vínculo e, portanto, é mais apto a realizar diagnósticos e, conseqüentemente, intervir precocemente junto à população, tanto no nível individual quanto no coletivo. No caso específico da SM, esse nível de atenção ganha maior relevância, uma vez

¹ No Brasil, convencionou-se, por diversas razões, denominar a APS como Atenção Básica à Saúde (ABS) ou, simplesmente, Atenção Básica (AB). Dessa forma, neste trabalho, será utilizada tal denominação, mais comum em todas as publicações do Ministério da Saúde e da literatura científica nacional.

que pode identificar manifestações mais simples da doença e trabalhar para a prevenção de seu agravo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Devido a essas características, desde 2001, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a incorporação da atenção à SM junto aos serviços de AB (ROCHA et al., 2018). No entanto, no Brasil, somente em 2004, os serviços de AB se tornaram parte de uma política estratégica para a garantia da integralidade do cuidado por sua localização tática territorial. Na área da SM, a AB ganha, também, ênfase e protagonismo quando o Ministério da Saúde (MS) divulga uma publicação com as diretrizes para o trabalho da AB no campo da SM (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Com base nas diretrizes divulgadas pelo MS, as ações realizadas pela AB em SM passam a ser de base territorial, de estabelecimento de vínculo, de acolhimento e devem estar fundamentadas nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica e do SUS. A articulação da atenção à SM nos serviços de AB possui princípios primordiais, como os exemplos descritos a seguir: reabilitação psicossocial; noção de território; multiprofissionalidade; interdisciplinaridade; organização da atenção à SM em rede; desinstitucionalização; construção da autonomia possível de usuários e familiares; promoção da cidadania dos usuários e intersetorialidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Como apontamos anteriormente, o Movimento da Reforma Psiquiátrica promove a instalação de serviços especializados em SM comunitários em substituição aos hospitais psiquiátricos. Dessa forma, a partir de várias experiências, com suas especificidades, surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um dispositivo antimanicomial. Essas experiências pioneiras, por sua relevância, que pouco a pouco ganhavam espaço em algumas localidades do país, recebem *status* oficial com a Portaria Ministerial nº 336, em 2002, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2002).

Portanto, paralelamente às unidades de AB, os CAPS operam nos territórios nos quais a vida de usuários e de suas famílias se desenvolve, tendo como missão garantir o exercício da cidadania, promover a inclusão social, a vida e com a meta de ser lugar de cuidado e referência. Esses serviços podem ser de caráter aberto e comunitário, devem possuir equipe multiprofissional, atuando de forma interdisciplinar e realizando a atenção às pessoas em sofrimento ou transtorno mental e também àquelas com problemas em decorrência do uso de álcool e outras drogas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Apesar das diretrizes e dos princípios de atuação propostos para a AB, os serviços desse nível de atenção enfrentam diversos desafios em seu trabalho no campo da SM, como: o pouco desenvolvimento de ações nesse aspecto; a formação deficiente dos profissionais e a

consequente dificuldade dos profissionais em reconhecer e cuidar do sofrimento psíquico, assim como a necessidade de apoio técnico específico nessa área; a necessidade de qualificação dos profissionais na área; a falta de articulação com serviços especializados; a necessidade de uma escuta que promova vínculo e acolhimento, bem como atenção longitudinal e integral (TANAKA e RIBEIRO, 2009; FRATESCHI; CARDOSO, 2014; TEIXEIRA et al., 2017; FERNANDES et al., 2018; ROCHA et al., 2018).

Os CAPS, assim como os serviços de AB, também encontram dificuldades na realização de seu trabalho de acordo com as diretrizes e os princípios propostos para sua atuação, como: a centralização do cuidado nesse serviço; os impasses para a efetivação da reinserção social; poucas ações de integração concretas no território, na comunidade; a deficiente comunicação e troca de informações com outros serviços; a superlotação e a articulação precária com a AB; o uso predominante de medicação nos serviços e o fato de a transição do modelo hospitalar para o comunitário ainda estar em processo (BEZERRA e DIMENSTEIN, 2008; MOURA; SILVA, 2015; FERREIRA et al., 2016; SILVA; LIMA, 2017; CONSTANTINIDIS et al., 2018; ONOCKO-CAMPOS et al., 2018).

2.2.1 O apoio matricial e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família na Atenção Básica (NASF-AB)

O apoio matricial ou matriciamento é uma das possíveis formas de trabalho através da qual pode-se efetivar a articulação entre CAPS e UBS. A finalidade desse apoio é de implementar processos de construção compartilhada por meio dos quais se criam propostas de intervenção. O apoio deve ser efetuado por duas equipes em conjunto: a equipe do apoio, que é a equipe especializada em SM, podendo ser do CAPS ou do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)², criado através da Portaria nº 154/2008; e a equipe de referência, presente na AB, responsável pelo cuidado longitudinal do usuário. Pode ser solicitado em diversas situações, tais quais: apoio em um caso específico, suporte para realizar intervenções, integração dos dois níveis de atenção, apoio para o próprio trabalho cotidiano, entre outras (BRASIL, 2008; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a).

[...] o Apoio Matricial seria uma ferramenta para agenciar a indispensável instrumentalização das equipes na ampliação da clínica, subvertendo o

² A Portaria nº 2436/2017 modificou o nome do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para Núcleo Ampliado de Saúde da Família na Atenção Básica (NASF-AB), nomenclatura a ser utilizada no presente trabalho (BRASIL, 2017).

modelo médico dominante, que se traduz na fragmentação do trabalho e na produção excessiva de encaminhamentos, muitas vezes desnecessários, às diversas especialidades (FIGUEIREDO e CAMPOS, 2009).

Desde a criação e implantação da ferramenta do apoio matricial, estudos têm evidenciado a sua importância para uma tendência à desconcentração dos cuidados em SM realizados em serviços especializados para os serviços mais territorializados da AB. Assim, a transformação da lógica do encaminhamento dos problemas de saúde mental para a lógica da corresponsabilização tem sido viabilizada por meio da inclusão do matriciamento como ferramenta de trabalho (CAMPOS e DOMINITTI, 2008; FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009). No entanto, nem sempre é mais fácil para a equipe de profissionais lançar mão do matriciamento para a efetivação da lógica da corresponsabilização do que suspender a prática dos encaminhamentos automáticos dos problemas de saúde mental para os serviços especializados. Nesse sentido, o reconhecimento e a valorização do apoio matricial como forma de capacitação para o cuidado em saúde mental têm sido observados mais em equipes de referência que contam com profissionais de saúde mental do que onde não há a presença deles (FIGUEIREDO e CAMPOS, 2009).

O apoio matricial realizado entre equipes de Saúde da Família (EqSF)³ e CAPS apresenta diversos resultados promissores, como apontado em um estudo realizado na região central do município de São Paulo entre os anos de 2006 e 2007. O matriciamento realizado neste estudo ocorreu por meio de reuniões e visitas domiciliares. As reuniões possibilitaram um incentivo às equipes de referência no fortalecimento do vínculo com os sujeitos. De acordo com a pesquisa, a lógica do apoio matricial como forma de encaminhamento foi modificada, pois ambas equipes construíram em conjunto a resolução de casos, o que possibilitou: o surgimento de um sentimento de confiança no próprio conhecimento pela EqSF, a troca de saberes, a empatia entre os profissionais e um novo saber entre a equipe. Segundo o estudo, as visitas domiciliares funcionaram como uma forma de fortalecer o vínculo dos sujeitos com os Agentes Comunitários de Saúde e gerou a compreensão de que o saber circula, ou seja, não pertence ao especialista. A pesquisa conclui que é possível e essencial que a AB se corresponsabilize pela SM (DELFINI et al., 2009).

Na pesquisa realizada por DELFINI e REIS (2012) nas regiões do município de São Paulo, em 2008, na qual se buscava a compreensão da articulação dos CAPS Infantojuvenil com EqSF, concluiu-se que a relação entre serviços acontece primordialmente a partir de duas

³ As EqSF são compostas por uma equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (PMAQ, 2013).

formas de encaminhamentos. A equipe de referência encaminha com o objetivo de se desresponsabilizar do caso ou com o intuito de compartilhar o cuidado. Segundo os pesquisadores, quando ambas as equipes se relacionam com mais proximidade, o manejo das questões de SM se torna menos complexo.

Os NASF-AB, citados acima, são formados por equipes multiprofissionais que podem integrar profissionais como: assistente social; fonoaudiólogo; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico psiquiatra; entre outros. Tais equipes têm por objetivo trabalhar de modo articulado visando ao suporte aos profissionais das EqSF e das equipes de AB (eAB)⁴, dividindo, dessa maneira, saberes e práticas e cooperando para a resolução de demandas, também incorporando práticas que amplifiquem o escopo de ofertas. O NASF-AB deve proporcionar a articulação entre os serviços de saúde comunitários e os especializados em SM, corresponsabilizando-se pelos casos, favorecendo a integração, estruturando o fluxo e os processos de trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

2.3 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

No Brasil, as Redes de Atenção à Saúde (RAS), por meio da Portaria nº 4.279/2010, tornaram-se uma proposta efetiva, tendo como uma de suas principais diretrizes a garantia da integralidade do cuidado. As RAS são formas de organizar ações e os serviços de saúde de diversas densidades tecnológicas⁵, isto é, de estruturar os diversos pontos da rede em suas várias complexidades com o objetivo de assegurar a qualidade da atenção ao usuário do serviço. Segundo esse modelo, o papel da AB é o de coordenadora do cuidado em todas as redes de atenção surgidas a partir dela (BRASIL, 2010). Assim, o arranjo organizativo das redes assistenciais se fez e se faz necessário, pois as redes têm a possibilidade de garantir o cuidado integral à saúde, sendo que uma das formas de produzi-lo seria através da articulação dos serviços entre si, isto é, da constante relação entre todos os pontos da rede de saúde (QUINDERÉ et al., 2014).

Anteriormente à instituição das RAS, já existiam incentivos para a atuação da AB na área da SM (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Todavia, com a implantação da Rede de

⁴ As eAB podem conter médico generalista, clínico, pediatra e ginecologista-obstetra, sendo a presença do generalista ou clínico obrigatória (PMAQ, 2013).

⁵ As densidades tecnológicas dizem respeito a serviços de diferentes níveis de atenção, do básico (como, por exemplo, a UBS) ao mais especializado (como o Centro de Atenção Psicossocial) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Atenção Psicossocial (RAPS), a partir da Portaria nº 3.088/2011, promove-se uma grande reorganização dos serviços de atenção à SM (BRASIL, 2011b).

A RAPS é uma rede temática, um arranjo organizativo das RAS. Por intermédio de sua implantação, propõe-se ampliar, criar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas em sofrimento mental, efetivando dessa forma ações em rede (BRASIL, 2011b). Busca-se integrar todas as instâncias contidas na atenção à SM. A RAPS é compreendida pelos seguintes níveis de atenção e seus respectivos serviços:

a) Atenção Básica:

- Unidades Básicas de Saúde (UBS) – eAB, equipe de Consultório na Rua, equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, NASF-AB e Centros de Convivência e Cultura.

b) Atenção Psicossocial:

- CAPS, nas suas diferentes modalidades (CAPS I, II, III, AD, AD III e Infantojuvenil⁶).

c) Atenção de Urgência e Emergência:

- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA), portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro em Hospital Geral e UBS.

d) Atenção Residencial de Caráter Transitório:

- Unidade de Acolhimento (UA) e Serviços de Atenção em Regime Residencial.

e) Atenção Hospitalar:

- Leitos de psiquiatria em Hospital Geral e Serviço Hospitalar de Referência.

f) Estratégias de Desinstitucionalização:

- Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e Estratégias de Reabilitação Psicossocial, como iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

A RAPS propõe que a AB ou o CAPS sejam os ordenadores das ações de cuidado. Ao contrário do previsto pela RAS, a RAPS não se posiciona com relação à coordenação do cuidado em SM. Em 2013, o Ministério da Saúde publicou um caderno no qual, inspirado na lógica da RAPS, dá diretrizes para a articulação em rede da AB com os CAPS. Embora a AB tenha como escopo de trabalho a realização de ações voltadas à promoção e ao cuidado em

⁶ A diferença entre CAPS I, II e III é o número de habitantes do território de abrangência, o CAPS Infantojuvenil acolhe crianças e adolescentes e o CAPS AD pessoas que fazem uso recorrente de álcool e outras drogas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a).

SM, como descrito acima, em alguns momentos, seus profissionais têm papel importante na identificação de indivíduos com sintomas, como, por exemplo: tentativas de suicídio, desinibição social excessiva, alucinações, uso abusivo agudo de drogas, destrutividade persistente e/ou deliberada, isolamento e retração importantes e persistentes, autoagressividade importante. Nesse instante, a articulação com serviços especializados, como o CAPS, torna-se uma alternativa para dar resolubilidade ao caso. Esses são alguns exemplos entre inúmeros outros em que a comunicação entre esses dois pontos de atenção pode ser fundamental. Nessas situações, a eAB deve manter o acompanhamento e a corresponsabilização pelo caso, pois, além das demandas psíquicas e psiquiátricas, o usuário pode ter a necessidade de ser atendido em seus outros aspectos clínicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Entre as atribuições das UBS está o compartilhamento das ações de cuidado com o CAPS. Da mesma maneira, entre as responsabilidades do CAPS está a articulação com os outros níveis de atenção, como a AB. Assim, ambos os serviços são responsáveis pelo cuidado de indivíduos com transtorno mental grave e persistente, e a comunicação entre esses pontos é uma das possibilidades para que se possa efetivar a integralidade da atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Diversos artigos de pesquisas brasileiras evidenciam a importância da RAPS, da articulação dos pontos da rede, em especial, da AB e do CAPS, para a realização da integralidade do cuidado e o consequente cumprimento das diretrizes da rede. Também relatam as dificuldades da implantação efetiva da RAPS, com o importante desafio de superar a desarticulação dos pontos da rede (SCHEFFER e SILVA, 2014; KEMPER et al., 2015; NUNES et al., 2016; SALVADOR e PIO, 2016; KANTORSKI et al., 2017; LEITE et al., 2017; CARVALHO et al., 2018; PINHO et al., 2018).

O apoio matricial, como descrito acima, é uma das propostas que pode potencializar o papel da AB em intervenções efetivas e com maior qualidade na atenção à SM e, portanto, auxiliar na integração da RAPS, produzindo modificações na compreensão e na atuação dos profissionais, bem como mudanças na organização da EqSF e em sua articulação com os demais pontos da rede (AMARAL et al., 2018). O matriciamento permite novas abordagens em SM nos serviços de AB, onde ainda predominam as práticas do encaminhamento e da medicação. Assim, o apoio matricial, trabalhando na lógica da RAPS, pode garantir atenção integral e cuidado longitudinal, (GRYSCHKE e PINTO, 2015). Além disso, nas dificuldades para o desenvolvimento do trabalho em rede, o apoio matricial tem realizado uma

contribuição na qual viabiliza a reflexão e a corresponsabilização de casos de saúde mental na AB (GAZIGNATO e SILVA, 2014).

Atualmente, no Brasil, o cuidado em SM na AB pode ocorrer principalmente nas eAB e EqSF e também através do apoio matricial realizado pelo NASF-AB e pelo CAPS. No entanto, com o novo financiamento da AB que entrará em vigor, os arranjos presentes podem sofrer alterações. O repasse de recursos financeiros federais aos municípios passa a ocorrer a partir do número de pessoas cadastradas em cada EqSF ou eAB e por desempenho dessas equipes de acordo com indicadores escolhidos. Não será mais realizado pelo número de EqSF e de equipes de NASF-AB, que deixa de existir como condição para repasse de recursos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde se posiciona pelo fim da política do NASF-AB, cabendo aos gestores locais decidirem se mantêm ou não os profissionais do NASF-AB. O novo modelo de financiamento pode acarretar redução da atuação multiprofissional na AB e, como consequência, diminuição do acesso da população aos seus serviços, podendo voltar à lógica da referência à atenção secundária, que, por vezes, encontra-se sobrecarregada (REIS e MENESES, 2020).

2.4 O CAMPO DO ESTUDO NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

No Brasil, o primeiro olhar sobre o sofrimento psíquico surgiu no período colonial, no qual a Igreja e o Estado exerciam controle sobre os indivíduos através da exclusão social (LOPES, 1990). A primeira mudança no modelo de atenção acontece quando, à luz da psiquiatria, entre 1830 e a República, os médicos realizam um movimento em direção ao tratamento da doença mental. Assim, são criadas as primeiras Colônias, locais de isolamento afastados da área urbana. No estado de São Paulo, as precursoras são: o Hospital e Colônias de Juqueri, na cidade de Franco da Rocha, e o Sanatório Pinel, localizado na Zona Norte do município de São Paulo (ALMEIDA e CAMPOS, 2019).

A superlotação nas Colônias e a precarização da atenção marcaram o período após a República, até a década de 1960. Durante o Regime Militar, a Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo propõe um novo modelo de atenção, no qual criam-se prontos-socorros de curta duração substituintes às internações psiquiátricas. Entretanto, tal proposta não se concretiza diante do interesse político em manter presente o modelo hospitalocêntrico. Nesse momento, surge o Movimento dos Trabalhadores de Saúde

Mental, Associações de Familiares e Usuários dos serviços, o qual questiona o modelo vigente de assistência psiquiátrica (SCARCELLI, 1998).

Na década de 1980, no estado de São Paulo, a assistência psiquiátrica prestada era caracterizada pela atenção hospitalar e pelo tratamento psicofarmacológico. No entanto, nessa mesma década, manifesta-se nacionalmente o sentimento de resgate da cidadania e dos direitos, de redemocratização. O Seminário de Saúde Mental ocorre com uma proposta de transformação do modelo de atenção, priorizando-se a atenção através da rede básica. Dessa forma, os planos da Coordenadoria de Saúde Mental passam a ser priorizados, então, o Projeto de Saúde Mental da Zona Norte foi iniciado no município de São Paulo. Inicialmente, em uma parte da região Norte inserem-se equipes especializadas, as quais contavam com psicólogo, assistente social e psiquiatra, e, após este período inicial de inserção do projeto, ele é ampliado para toda a região. Como consequência, aumentou-se o número dos Centros de Saúde e Ambulatórios de Saúde Mental e criou-se uma Unidade de Emergência Psiquiátrica, representando um grande progresso na atenção à crise. O projeto foi a primeira experiência documentada no município de ações em atenção integral no campo e previa a corresponsabilização do cuidado, a referência e contrarreferência, supervisões clínicas e reuniões técnicas. Nessa época, tanto o governo do estado como trabalhadores possuíam grande engajamento com relação ao projeto (ALMEIDA e CAMPOS, 2019).

Em 1987, com a mudança na gestão do município, a parceria entre secretarias foi desfeita, e iniciou-se o retrocesso no campo em ambas as instâncias, municipal e estadual. Como consequência, os profissionais foram retirados dos serviços, e ocorreram tentativas de fechamentos dos estabelecimentos especializados. O primeiro CAPS foi criado por um grupo de trabalhadores, na contramão dessas transformações, então, inaugura-se o CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira ou Itapeva (YASUI, 1989).

Entre o final da década de 1980 e o início da de 1990, a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental surgiu como uma iniciativa similar ao Projeto de Saúde Mental da Zona Norte, com a proposta de seguir os princípios do Movimento da Reforma Psiquiátrica e do SUS. Nesse período, houve um intenso investimento na qualificação e na formação dos servidores, na educação popular e na contratação de profissionais especializados. Já nessa época, as UBS eram consideradas a porta de entrada para pessoas em sofrimento psíquico (ALMEIDA e CAMPOS, 2019).

Todavia, ao longo da década de 1990, houve um retrocesso, pois a falta de investimentos na área culminou na descontinuação da política antimanicomial. Houve uma redução no número de serviços e de profissionais. Apenas no final da década de 1990 voltou-

se a investir no campo com a instituição do projeto Qualidade Integral à Saúde (QUALIS), que buscava a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), inicialmente na Zona Leste. Dentro desse projeto, implementou-se o Programa de Saúde Mental na Região Sudeste e Norte, o qual possuía como uma das principais estratégias de reuniões de EqSF com equipes especializadas para discussão de casos. Tais equipes não possuíam lugar fixo de trabalho e eram compostas por profissionais, que poderiam ser: terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos e psiquiatras (LOPES, 2003).

Com a municipalização da saúde, em 2001, houve uma ampliação na quantidade de UBS/PSF, assim como das experiências de SM na AB. No mesmo ano, com a aprovação da Lei 10.216/2001, ocorreu também a ampliação dos serviços substitutivos aos manicômios, que ganharia força a partir de 2002 com a Portaria 336/2002, então, os ambulatórios se reestruturaram para a constituição dos CAPS. Em 2008, a implantação dos NASF-AB ocorreu segundo a necessidade de cada território do município. Uma das finalidades era o desenvolvimento de ações de SM pelas EqSF. Nesse momento, os arranjos do QUALIS para a área foram desfeitos. No início da década de 2010, ocorreu a implantação da RAPS, a qual possui importantes desafios atualmente. O município possui uma história, com relação à saúde pública, distinta da do restante do Brasil, e o campo da SM não difere dessa realidade. Os avanços e retrocessos marcam a história da área em São Paulo. Os investimentos sempre foram sujeitos a cada gestão municipal, ora guiados pelo modelo hospitalocêntrico, ora pelo cuidado de base territorial (BRASIL, 2001 e 2002; ALMEIDA e CAMPOS, 2019).

No município de São Paulo, profissionais como psicólogos e psiquiatras foram inseridos na AB de duas formas, predominantemente: através das equipes de SM que trabalham nas UBS; e das equipes de SM dos NASF-AB (VANNUCCHI e CARNEIRO, 2012). Com relação aos psicólogos, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) publicou um documento contendo referências técnicas para a atuação de psicólogos na AB. Nele estão presentes sugestões de trabalho tanto para o profissional da UBS quanto do NASF-AB. As sugestões são as mesmas para ambos, entre elas: a realização do apoio matricial, a construção de agenda compartilhada com EqSF e eAB, a inserção nas visitas domiciliares, o envolvimento em grupos na AB, entre outras (CFP, 2019).

A atuação do psiquiatra tanto na AB quanto no NASF-AB encontra desafios, de acordo com uma pesquisa realizada no município de São Paulo. A definição de seu papel e sua formação possuem fragilidades, pois não contemplam o desenvolvimento de habilidades para a atuação na AB e no NASF-AB. O trabalho continua em uma lógica médico-centrada

distinta da atual política pública para a atenção à saúde mental na AB (VANNUCCHI e CARNEIRO, 2012).

O trabalho de profissionais como o psicólogo e o psiquiatra na AB se difere do trabalho das eAB e EqSF no campo da SM. Por sua localização territorial estratégica, a AB tem o objetivo de garantir o cuidado integral à saúde, o que inclui o cuidado à saúde mental de toda população adscrita por cada serviço (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas. Na Atenção Básica, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde.

Os profissionais de Saúde realizam diariamente, por meio de intervenções e ações próprias do processo de trabalho das equipes, atitudes que possibilitam suporte emocional aos pacientes em situação de sofrimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, p. 23, 2013).

Nessa lógica, os profissionais devem seguir alguns princípios norteadores de sua atuação centrada na SM. São eles: realizar boa comunicação e escuta, proporcionar o acolhimento, oferecer suporte, reconhecer o modo de funcionamento do sujeito, entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

2.5 A AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A pesquisa avaliativa tem por propósito fornecer elementos de conhecimento que possibilitem realizar o juízo de valor e a tomada de decisões com a intenção de otimizar recursos disponíveis e aperfeiçoar programas e projetos (TANAKA e RIBEIRO, 2017). A avaliação em saúde, primordial no sistema de saúde brasileiro, é uma ferramenta técnico-política pela qual se pode garantir a cada sujeito seus direitos, bem como o acesso e a qualidade dos serviços (SILVA et al., 2017). Trata-se de compreender as formas de articulação entre profissional-usuário e profissional-serviço, com o objetivo de aperfeiçoar a prática, e não somente julgar a aglomeração e a cobertura dos serviços (TANAKA, 2017).

Medir e comparar são ações base do processo de avaliação. Logo no início, definem-se parâmetros para o julgamento de valor do que foi realizado e para o estabelecimento de metas. Constrói-se, na verdade, uma imagem-

objetivo frente a tudo o que se conhece e se pode prever naquele momento (TANAKA, p.7, 2017).

A elaboração de indicadores para realizar a avaliação em saúde é uma das técnicas de avaliação para se medir, informar e comparar, por exemplo, ações em saúde. São medidas fidedignas e de fácil compreensão, que dispõem de profundidade política, pois indicadores de qualidade de serviços, de nível de escolaridade, entre outros, são fundamentais para a sociedade. No momento em que se propõe a construção de indicadores para a avaliação no campo da SM, inúmeros desafios surgem, uma vez que essa área não possui uma tradição em pesquisas quantitativas, nem de avaliação, como, por exemplo, o campo da saúde materno-infantil. Há, também, a divergência de consensos entre os atores sociais envolvidos e a subjetividade dos sujeitos e dos trabalhadores. Entretanto, as dificuldades não a tornam menos necessária e inevitável, porque esse tipo de pesquisa traria diversos benefícios: integração entre equipes, transparência de dados, monitoramento de ações, entre outros. Dever-se-iam realizar pesquisas avaliativas no campo da SM, nas quais “[...] a avaliação precisa identificar características do serviço que produzam impacto positivo na subjetividade dos usuários produzindo saúde mental.” (FURTADO et al., p.41, 2017).

A pesquisa avaliativa é substancial em todos os serviços do SUS, assim como nas RAS, nas quais se faz importante:

Na busca da integralidade, analisa o funcionamento, tanto do ponto de vista do acesso como da qualidade, dos serviços de saúde nas suas várias modalidades, com preocupação especial para os serviços de média e alta complexidade e sua relação com os serviços de atenção básica (LOUVISON, p. 125, 2017).

A avaliação da AB tem a potencialidade de agir como uma ferramenta para a construção das RAS (TANAKA, 2011). A produção de pesquisas avaliativas no campo da SM se apresenta como uma necessidade conhecida, entretanto, os desafios por vezes impedem a sua elaboração. Porém, essas dificuldades não podem ser o impedimento para a realização de um estudo. Logo, devem-se encontrar formas efetivas, eficazes e eficientes para a realização de uma avaliação, de maneira a superar os desafios existentes (FURTADO et al., 2017).

Nesse sentido, as pesquisas que utilizam indicadores de dados secundários de produção de serviço são necessárias e de extrema importância para o campo da avaliação em saúde. Os sistemas de informação possuem inúmeros indicadores que, apesar de não possuírem base populacional, têm grande relevância, pois apresentam infinitas possibilidades analíticas e também possibilitam a avaliação permanente. Embora alguns sistemas de

informação surjam na lógica de faturamento, ou seja, efetuar o registro da produção para que se possa efetivar o pagamento, no cenário atual, eles vêm evoluindo para, por exemplo, a realização da análise da situação de saúde de regiões, municípios, estados entre outros. O uso de dados secundários possui diversas limitações, porém, existe a necessidade da superação das mesmas em detrimento dos incontáveis benefícios que possuem (DRUMOND, 2017; LOUVISON, 2017).

Enfim, planeja-se com este estudo entender a relação entre as UBS e os CAPS, à luz dos dados secundários. Assim, um dos principais pressupostos é o de que, com a presença de profissionais especializados em SM (psicólogo e psiquiatra) nas UBS, é maior a magnitude do matriciamento feito pelo CAPS.

3. OBJETIVO GERAL

Analisar as relações entre o Matriciamento de Equipes de Atenção Básica realizado pelos CAPS Adulto I, II e III e indicadores de estrutura e processo da Atenção Básica vinculados à Rede de Atenção Psicossocial no município de São Paulo.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a oferta de Unidades Básicas de Saúde e Centros de Atenção Psicossocial I, II e III e sua distribuição espacial, segundo as Coordenações Regionais de Saúde;
- Identificar a oferta e a distribuição espacial de psicólogos, equipes de Saúde da Família e psiquiatras nas Unidades Básica de Saúde;
- Levantar a produção de procedimentos realizados nos CAPS Adulto I, II e III em relação à articulação entre os dois serviços, CAPS Adulto I, II e III e Unidades Básicas de Saúde; e
- Analisar as correlações entre o matriciamento e os indicadores de estrutura e processo das Unidades Básicas de Saúde.

4. MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo ecológico, descritivo-analítico, baseado em dados secundários do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos (SCNES), disponíveis no Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e coletados através do TabNet. A presente pesquisa abrangeu as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) do município, e os dados coletados correspondiam ao período de 2014 a 2018.

O estudo ecológico pode ser a primeira abordagem, em uma pesquisa científica, para a descoberta da existência de associações, ele estuda as características de um grupo ou agregado, não de um indivíduo. A realização desse estudo é frequente, visto que a obtenção dos dados é relativamente simples e de baixo custo. Esse tipo de delineamento de pesquisa é relevante, uma vez que sugere caminhos que podem ser promissores para a compreensão de relações etiológicas, entretanto, não é capaz de estabelecer uma relação de causa e efeito. Se o estudo ecológico resulta em associações interessantes, é importante a realização de um estudo subsequente no qual se explore mais detalhadamente a relação entre os indicadores estudados. No caso da presente pesquisa, a relação entre matriciamento e indicadores de estrutura e processo. No entanto, este estudo demandaria maior trabalho e custo (GORDIS, 2014).

4.2 FONTE DE DADOS

O DATASUS foi criado em 1991 e possui como atribuição prover aos sistemas de informação o suporte de informática necessário ao processo de operação, controle e planejamento. As informações disponibilizadas pelo departamento podem servir para a elaboração de ações de saúde, a tomada de decisão baseada em evidências e subsidiar análises da situação de saúde em níveis regionais, municipais e estaduais. Nos seus quase 30 anos de atuação, já foram desenvolvidos mais de 200 sistemas que apoiam diretamente o Ministério da Saúde no processo de construção e fortalecimento da saúde pública no Brasil. No presente, o departamento provê às secretarias municipais e estaduais soluções de software com a constante preocupação de adaptar-se às necessidades dos gestores e buscando a incorporação

de novas tecnologias à medida que a descentralização da gestão torna-se mais concreta (DATASUS, 2020).

O TabNet, ferramenta disponibilizada pelo DATASUS, é um aplicativo de tabulação on-line de dados, de domínio público, que permite o acesso fácil e rápido aos dados de todos os sistemas de informação. Esse instrumento foi desenvolvido para gerar informações das bases de dados do sistema público de saúde e permite organizar dados de forma rápida, conforme a consulta que se deseja tabular, permitindo o cruzamento de diversas variáveis e possibilitando o acesso às bases de dados de população e dos sistemas de informações. A Prefeitura Municipal de São Paulo, através da Secretaria Municipal de Saúde, possui seu próprio TabNet, o qual foi utilizado neste trabalho (DATASUS, 2020).

Mesmo reconhecendo as limitações, como o sub-registro dos dados, incompletude e inconsistências, é possível realizar uma análise descritivo-analítica dos dados e informações, permitindo a descrição e a formulação de hipóteses. Para o presente trabalho, foram utilizados dados secundários do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS) e do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Os sistemas de informação em saúde implantados pelo Ministério da Saúde em todo o Brasil inicialmente atendiam, cada um, a finalidades específicas, e, no caso do SIASUS, o objetivo foi o de atender às necessidades estatísticas de produção e de faturamento.

Contemporâneo à criação do DATASUS, o SIASUS teve sua criação no ano de 1992 e implantação a partir de julho de 1994 em todas as Secretarias Estaduais de Saúde para o financiamento dos atendimentos ambulatoriais, o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA). No entanto, somente no ano de 1996, o sistema foi amplamente implantado nas Secretarias Municipais de Saúde. No ano de 1997, o sistema passou a processar também um documento chamado Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC). Assim, o SIASUS recebe a transcrição de produção dos documentos BPA e APAC, faz sua consolidação, valida o pagamento contra parâmetros orçamentários estipulados pelo próprio gestor de saúde, antes de aprovar o pagamento. Mensalmente, os gestores geram os valores devidos à sua rede de serviços, à sua produção, e enviam ao DATASUS. Dessa forma, o departamento, mensalmente, produz arquivos para tabulação contendo esses atendimentos. O SIASUS possui diversas utilidades, como: coleta, processamento e validação de dados dos estabelecimentos de saúde; também produz informações gerenciais às Secretarias de Saúde Municipais e Estaduais; produz relatórios com informações detalhadas que auxiliam os processos de avaliação, auditoria e controle; produz os arquivos compatíveis com diversos aplicativos como TabNet, entre outros (DATASUS, 2020).

Os dados disponibilizados no SIASUS são referentes a atendimentos e procedimentos realizados pelos profissionais, mensalmente, de acordo com a especialidade e por unidade de saúde, no âmbito ambulatorial. Os procedimentos registrados seguem um padrão de acordo com a Tabela de Procedimentos Unificada, disponível no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP). Nessa Tabela, é apresentada a descrição, o nível de complexidade da atenção, que profissional está habilitado a realizá-lo, bem como outras orientações pertinente para cada procedimento.

Além do SIASUS, nesta pesquisa, também foi utilizado o SCNES, que é um sistema de informação que cadastra cada estabelecimento de saúde público e privado com os dados de equipamentos, serviços, área física, materiais, trabalhadores, entre outros. Todos os dados são atualizados de acordo com as alterações ocorridas, e as informações são disponibilizadas no site. Os dados referentes ao quadro de profissionais são, principalmente: especialidade, carga horária de trabalho e data de início e fim de trabalho no estabelecimento. O sistema de informação oficial de cadastramento de informações sobre todos os estabelecimentos existentes no país é o SCNES. No tocante à saúde, o SCNES é o registro oficial do Ministério da Saúde com relação à produção e aos recursos assistenciais de saúde em serviços conveniados ao SUS ou não. A base cadastral para operacionalização de vários sistemas de informação do SUS, entre eles, o SIASUS, é de responsabilidade desse sistema. Existe uma interface entre o SIASUS e o SCNES para informar a produção dos profissionais nos estabelecimentos de saúde. O SCNES, assim como o SIASUS, é um instrumento que auxilia gestores de todas as esferas administrativas de governo no planejamento em saúde e no conhecimento da realidade da rede assistencial existente. Esse sistema possui diversas funções, entre as quais: viabilizar informações dos estabelecimentos de saúde a outros sistemas de informação; registrar e atualizar as informações sobre estabelecimentos nas esferas de recursos físicos, trabalhadores e serviços em saúde; prover informações que auxiliem pesquisadores, gestores, trabalhadores e sociedade no planejamento, na tomada de decisão e na programação em saúde (SCNES, 2020).

4.3 LOCAL

O município de São Paulo possui uma população estimada de 11.811.516 habitantes (CEINFO, 2019). A maioria da população é urbana, 99,1%; o Índice de Desenvolvimento

Humano (IDHM) é de 0,805; e o Índice GINI de 0,62 (IBGE, 2010; PNUD, 2019). Com relação aos equipamentos de saúde, dispõe de: 167 unidades de saúde tradicional, 89 unidades de saúde mistas, que são unidades de saúde tradicional com Estratégia de Saúde da Família (ESF), e 210 unidades com ESF. A cobertura de eAB e de EqSF é de 60,9%. O município possui: 87 unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), 25 ambulatorios de especialidades, 23 hospitais-dia, 39 unidades de urgência e emergência e 20 hospitais. Quanto aos CAPS, São Paulo conta com 92 CAPS, entre eles: 17 CAPS Álcool e Drogas III (CAPS AD III), 13 CAPS AD II, 12 CAPS Adulto III, 20 CAPS Adulto II, 5 CAPS Infantojuvenil III (CAPSi III) e 25 CAPSi II (SMSSP, 2019).

Segue abaixo o mapa do município de São Paulo segundo estabelecimentos e serviços de saúde da rede municipal por Coordenadoria Regional de Saúde, Subprefeitura e Distrito Administrativo:

ESTABELECIMENTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE DA REDE MUNICIPAL POR COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE, SUBPREFEITURA E DISTRITO ADMINISTRATIVO. MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Figura 1 - Mapa dos Estabelecimentos e Serviços de Saúde da Rede Municipal, por Coordenadorias Regionais de Saúde, Subprefeituras e Distritos Administrativos, município de São Paulo

Fonte: Mapoteca, CEInfo, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2019.

A cidade de São Paulo possui uma infraestrutura urbana abrangente. O abastecimento de água está presente em 99,3% dos domicílios; a coleta de lixo em 99,8%; e a rede de esgoto

em 92,3% (IBGE, 2010). No que diz respeito a habitação e moradia, o município possui: 1.710 comunidades (391.046 residências); 2.334 cortiços (registrados nas Subprefeituras da Sé e da Mooca); 1.974 loteamentos irregulares (391.338 lotes); e 424 núcleos urbanizados (60.602 famílias). As comunidades representam 12% dos habitantes de São Paulo – 21,3% dessa população está presente na Região Sul (SMSSP, 2018). Os cortiços estão presentes nas regiões Centro e Sudeste. No tocante à renda, as regiões cuja maioria dos residentes recebe dois salários mínimos mensalmente são: Leste (42,4%), Sul (41,2%) e Norte (38,2%). São essas as regiões que possuem o maior número de habitantes sem rendimento. A Região Oeste possui a maior proporção da população que recebe acima de 20 salários mínimos ao mês, 5,6% (IBGE, 2010).

A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS) possui em sua estrutura organizacional seis CRS, que têm como atribuições responder pela execução das políticas municipais de saúde em seu território, planejar, gerenciar e responder pelas ações de assistência à saúde em prevenção, promoção, recuperação e vigilância em saúde, recursos humanos e financeiros. As coordenadorias têm como responsabilidade a promoção de ações integradas com as áreas centrais da SMS e demais CRS, constituir e/ou participar de instâncias de articulação, pactuação e decisão do Sistema Municipal de Saúde, em âmbito local, regional e municipal. Também é de competência das CRS o desenvolvimento continuado das ações de avaliação e controle do SUS, assim como elaborar e implantar os instrumentos municipais de gestão do SUS, em conjunto com as áreas centrais da SMS, implantar projetos prioritários de saúde definidos pelas áreas centrais da SMS e outros que atendam às necessidades da região. No âmbito territorial, as coordenadorias têm o encargo de identificar, apoiar e divulgar projetos desenvolvidos pelas unidades de saúde, identificando e apoiando o desenvolvimento dos profissionais de saúde por meio de ações de educação permanente, em articulação com as diretrizes da SMS (SÃO PAULO – ESTADO; 2017).

As CRS são divididas em:

- CRS Centro: possui 457.726 habitantes, que equivalem a 3,9% da população municipal; a cobertura por eAB e EqSF é de 45,2%; e a população usuária exclusivamente do SUS é de 36,1%;
- CRS Leste: possui 2.494.088 habitantes, que equivalem a 21,1% da população municipal; a cobertura por eAB e EqSF é de 66,6%; e a população usuária exclusivamente do SUS é de 67,8%;

- CRS Norte: possui 2.302.248 habitantes, que equivalem a 19,5% da população municipal; a cobertura por eAB e EqSF é de 60,9%; e a população usuária exclusivamente do SUS é de 57,2%;
- CRS Oeste: possui 1.072.347 habitantes, que equivalem a 9,1% da população municipal; a cobertura por eAB e EqSF é de 41,0%; e a população usuária exclusivamente do SUS é de 41,4%;
- CRS Sudeste: possui 2.705.660 habitantes, que equivalem a 22,9% da população municipal; a cobertura por eAB e EqSF é de 47,0%; e a população usuária exclusivamente do SUS é de 46,5%; e
- CRS Sul: possui 2.779.447 habitantes, que equivalem a 23,5% da população municipal; a cobertura por eAB e EqSF é de 76,8%; e a população usuária exclusivamente do SUS é de 62,7%.

Segue abaixo o mapa do município de São Paulo segundo Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), Supervisão Técnica de Saúde (STS) e Subprefeituras:

COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE, SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE E SUBPREFEITURA
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

4.4 UNIDADES DE ANÁLISE

A unidade de análise foi composta por cada uma das Coordenadorias Regionais de Saúde (Centro, Leste, Norte, Oeste, Sudeste e Sul). Foram incluídos os dados de todas as UBS e CAPS Adulto I, II e III por CRS, com exceção do CAPS Adulto Itapeva – Prof. Luís da Rocha Cerqueira, pois trata-se de um serviço administrado por uma Organização Social (OS) em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, ou seja, pertence à RAPS do município, porém, sua gestão é realizada pelo governo estadual. Apesar de atender, também, a população do município, a organização do serviço é distinta. O CAPS Adulto Itapeva não pertence a nenhuma CRS, e seus dados não estão vinculados ao TabNet, desta forma, optou-se por retirá-lo.

4.5 INDICADORES

Como descrito no projeto de pesquisa, anteriormente à escolha dos indicadores, realizou-se uma exploração no TabNet com a finalidade de selecionar os indicadores que melhor se encaixavam nos objetivos do estudo. Assim, realizaram-se algumas etapas previamente à seleção dos indicadores.

Primeiramente, selecionaram-se todos os procedimentos realizados por UBS e CAPS Adulto, no município de São Paulo. Para a produção das UBS, foram tabuladas seis planilhas de Excel, uma para cada CRS. No TabNet selecionou-se o tópico Procedimentos Ambulatoriais. Para gerar as tabelas, foram eleitos os seguintes filtros:

- Linha: procedimentos, incluindo consulta;
- Coluna: ano de competência;
- Períodos disponíveis: 2014 a 2018;
- Conteúdo: quantidade produzida;
- Estabelecimentos de saúde: foram selecionadas todas as UBS do município; e
- CRS: em cada tabela foi selecionada uma CRS – Centro, Leste, Norte, Oeste, Sudeste e Sul.

A mesma etapa foi realizada com relação à produção dos CAPS Adulto. Foram tabuladas seis planilhas de Excel, uma para cada CRS. No TabNet, selecionou-se o tópico Procedimentos Ambulatoriais. Para gerar as tabelas, foram eleitos os seguintes filtros:

- Linha: procedimentos, incluindo consulta;
- Coluna: ano de competência;
- Períodos disponíveis: 2014 a 2018;
- Conteúdo: quantidade produzida;
- Estabelecimentos de saúde: foram selecionadas todos os CAPS Adulto do município, incluindo os CAPS Adulto I, II e III; e
- CRS: em cada tabela foi selecionada uma CRS – Centro, Leste, Norte, Oeste, Sudeste e Sul.

As doze tabelas geradas foram exploradas com a finalidade de encontrar indicadores que atendessem ao intuito da pesquisa, ou seja, que indicassem a articulação entre UBS e CAPS Adulto. A única variável encontrada foi Matriciamento de Equipes da Atenção Básica, que se tornou para este trabalho a variável de interesse.

O Matriciamento de Equipes da Atenção Básica é o apoio técnico, orientação ao cuidado em saúde mental, realizado pelas equipes especializadas dos CAPS às equipes de referência. Esse apoio se efetiva de diversas maneiras, entre elas: atendimento compartilhado, corresponsabilização e cogestão na realização do projeto terapêutico singular, ações intersetoriais no território e discussões de caso e de processos de trabalho. A realização de um matriciamento não significa que somente um caso foi matriciado. Um matriciamento pode equivaler a um ou mais casos. Esse procedimento é registrado pelos CAPS e não exige o registro de idade.

Após a escolha da variável de interesse, realizou-se a sua exploração para certificação de que atendia completamente aos objetivos da pesquisa, ou seja, a magnitude, a frequência e a constância dela deveriam ser constantes no período da pesquisa. No TabNet, selecionou-se o tópico Procedimentos Ambulatoriais. As informações referentes a ela foram obtidas com os seguintes filtros:

- Linha: CRS – foram selecionadas todas as coordenadorias do município;
- Coluna: ano de competência;
- Períodos disponíveis: 2014 a 2018;
- Conteúdo: quantidade produzida;
- Estabelecimento de saúde: foram selecionados todos os CAPS Adulto do município, incluindo os CAPS Adulto I, II e III; e
- Procedimentos: foi selecionada a variável de interesse.

Verificou-se que a variável de interesse possuía magnitude, frequência e constância necessárias para a realização da análise. Assim, iniciou-se a exploração dos indicadores dependentes, ou seja, os indicadores que possivelmente poderiam impactar na magnitude, frequência e constância da variável de interesse. Nessa etapa da pesquisa, foram exploradas as variáveis dependentes, os indicadores de estrutura e processo, de acordo com a hipótese da pesquisa.

Os indicadores de estrutura escolhidos foram:

- A. A quantidade de UBS;
- B. A quantidade de CAPS Adulto I, II e III;
- C. A quantidade de Psicólogos;
- D. A quantidade de Psiquiatras; e
- E. A quantidade de EqSF.

De modo semelhante à metodologia utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o cálculo dos indicadores de estrutura, considerou-se o mês de julho de cada ano do estudo. No TabNet, a tabulação do indicador A foi realizada seguindo os seguintes passos: após a seleção da seção de Estabelecimentos de Saúde, escolheram-se os dados de Estabelecimentos. Para esse indicador, foram geradas seis tabelas, uma para cada CRS. As informações referentes a ela foram obtidas com os seguintes filtros:

- Linha: estabelecimentos de saúde;
- Coluna: mês/ano de competência;
- Períodos disponíveis: julho de cada ano de 2014 a 2018;
- Conteúdo: frequência;
- CRS: em cada tabela foi selecionada uma CRS – Centro, Leste, Norte, Oeste, Sudeste e Sul; e
- Estabelecimentos de saúde: foram selecionadas todas as UBS do município.

A tabulação do indicador B foi realizada seguindo os seguintes passos: após a seleção da seção de Estabelecimentos de Saúde, escolheram-se os dados de Estabelecimentos. Para esse indicador, foram geradas seis tabelas, uma para cada CRS. As informações referentes a ela foram obtidas com os seguintes filtros:

- Linha: estabelecimentos de saúde;
- Coluna: mês/ano de competência;
- Períodos disponíveis: julho de cada ano de 2014 a 2018;
- Conteúdo: frequência;

- CRS: em cada tabela foi selecionada uma CRS – Centro, Leste, Norte, Oeste, Sudeste e Sul; e
- Estabelecimentos de saúde: foram selecionados todos os CAPS Adulto do município, incluindo I, II e III.

Para o indicador C foram realizados os seguintes passos: após a seleção da seção de Estabelecimentos de Saúde, escolheram-se os dados de Vínculos Profissionais. Para esse indicador, foram geradas seis tabelas, uma para cada CRS. As informações referentes a ela foram obtidas com os seguintes filtros:

- Linha: estabelecimentos de saúde;
- Coluna: mês/ano de competência;
- Períodos disponíveis: julho de cada ano de 2014 a 2018;
- Conteúdo: vínculos;
- Especialidade do profissional de saúde: psicólogo social, psicólogo hospitalar, psicólogo educacional, psicólogo do trabalho, psicólogo do esporte, psicólogo clínico, psicanalista, psicólogo acupunturista e neuropsicólogo;
- CRS: em cada tabela, foi selecionada uma CRS – Centro, Leste, Norte, Oeste, Sudeste e Sul;
- Estabelecimentos de saúde: foram selecionadas todas as UBS do município.

Para gerar as tabelas do indicador D, foram realizados os seguintes passos: após a seleção da seção de Estabelecimentos de Saúde, escolheram-se os dados de Vínculos Profissionais. Para esse indicador, foram geradas seis tabelas, uma para cada CRS. As informações referentes a ela foram obtidas com os seguintes filtros:

- Linha: estabelecimentos de saúde;
- Coluna: mês/ano de competência;
- Períodos disponíveis: julho de cada ano de 2014 a 2018;
- Conteúdo: vínculos;
- Especialidade do profissional de saúde: médico psiquiatra;
- CRS: em cada tabela foi selecionada uma CRS – Centro, Leste, Norte, Oeste, Sudeste e Sul;
- Estabelecimentos de saúde: foram selecionadas todas as UBS do município.

A tabulação do indicador E foi realizada seguindo os seguintes passos: após a seleção da seção Saúde da Família, escolheram-se os dados de Equipes a partir de julho de 2007. Para

esse indicador, foram geradas seis tabelas, uma para cada CRS. As informações referentes a ela foram obtidas com os seguintes filtros:

- Linha: estabelecimentos de saúde por CRS e Supervisão Técnica de Saúde (STS);
- Coluna: mês;
- Períodos disponíveis: 2014 a 2018;
- Conteúdo: EqSF completa;
- Estabelecimentos de saúde por CRS e STS: foram selecionadas todas as UBS do município;
- Mês: julho.

Posteriormente à tabulação dos indicadores de estrutura, efetuou-se a tabulação dos indicadores de processo, que correspondem à atuação do psicólogo e do psiquiatra, foram geradas planilhas com os procedimentos realizados por esses profissionais. No TabNet, selecionou-se o tópico Procedimentos Ambulatoriais. Para a tabela referente à produção do psicólogo, foram geradas seis tabelas, uma para cada CRS. As informações foram obtidas com os seguintes filtros:

- Linha: procedimentos, incluindo consulta;
- Coluna: ano de competência;
- Períodos disponíveis: 2014 a 2018;
- Conteúdo: quantidade produzida;
- Estabelecimento de saúde: foram selecionadas todas as UBS do município;
- CRS: em cada tabela foi selecionada uma CRS – Centro, Leste, Norte, Oeste, Sudeste e Sul; e
- Especialidades dos profissionais: psicólogo social, psicólogo hospitalar, psicólogo educacional, psicólogo do trabalho, psicólogo do esporte, psicólogo clínico, psicanalista, psicólogo acupunturista e neuropsicólogo.

Para a tabela referente à produção do psiquiatra, foram geradas seis tabelas, uma para cada CRS. As informações foram obtidas com os seguintes filtros:

- Linha: procedimentos, incluindo consulta;
- Coluna: ano de competência;
- Períodos disponíveis: 2014 a 2018;
- Conteúdo: quantidade produzida;
- Estabelecimento de saúde: foram selecionadas todas as UBS do município;

- CRS: em cada tabela foi selecionada uma CRS – Centro, Leste, Norte, Oeste, Sudeste e Sul; e
- Especialidades dos profissionais: médico psiquiatra.

Em seguida à exploração da produção de ambos os profissionais, psicólogo e psiquiatra⁷, verificou-se quais procedimentos possuíam magnitude, frequência e constância. Então, optou-se pelos procedimentos:

- Consultas de profissionais de nível superior na atenção básica (exceto médico), correspondente à produção do psicólogo na UBS;
- Consultas de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico), correspondente à produção do psicólogo na UBS;
- O total de procedimentos realizados pelo psicólogo na UBS;
- Consulta médica em atenção especializada, correspondente à produção do psiquiatra na UBS;
- Consulta/atendimento domiciliar na atenção especializada, correspondente à produção do psiquiatra na UBS; e
- O total de procedimentos realizados pelo psiquiatra na UBS.

Apesar de a pesquisa incluir apenas CAPS Adulto I, II e III e de, quando possível, serem selecionadas as consultas realizadas somente em pessoas maiores de 18 anos, o total de procedimentos realizados tanto pelos psicólogos quanto pelos psiquiatras na atenção básica não informava a idade, logo, não foi possível assegurar, nesse indicador, a inclusão de dados somente de indivíduos adultos.

4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foram realizadas análises exploratórias dos dados por meio das frequências absoluta e relativa. Diante das características dos dados, de as unidades de análise serem restritas ao total de seis regiões no município de São Paulo, de a variável de interesse ser um dado de contagem e o período do estudo ser de cinco anos, optou-se pelo teste de correlação para a análise da relação entre a variável de interesse e as variáveis de estrutura e processo. Para

⁷ O TabNet não permite a seleção, separadamente, de procedimentos do psicólogo e do psiquiatra da UBS e do psicólogo e do psiquiatra do NASF-AB. Portanto, todos os indicadores de produção do psicólogo e do psiquiatra incluem os procedimentos realizados pelo psicólogo e pelo psiquiatra da UBS e pelo psicólogo e pelo psiquiatra do NASF-AB.

avaliar a normalidade da variável de interesse, foi realizado o teste Kolmogorov-Smirnov. Como essa apresentou distribuição normal, realizou-se o teste de correlação de Pearson, considerando um nível de significância de 5%. Os valores da correlação foram classificados como fortes para 0,50 ou superior, moderados para valores variando de 0,30 a 0,49 e fracos para valores entre 0,10 e 0,29 (COHEN, 1988).

Os dados foram analisados nos softwares Microsoft Excel e STATA, versão 14.0.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo utilizou-se de dados secundários, os quais não possuem nenhuma identificação individual, são de domínio público e estão disponibilizados no portal da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo. Esse tipo de trabalho, utilizando sistemas de informação em saúde públicos, não necessita de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). No entanto, após a qualificação, como uma norma do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, o presente projeto foi submetido ao CEP e aprovado pelo CEP da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo com o parecer nº 3.648.026, no dia 17 de outubro de 2019.

4.8 APOIO FINANCEIRO

Esta pesquisa teve o apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), através de uma bolsa de estudo discente, por um período de 24 meses.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Artigo: Apoio matricial como ferramenta da articulação entre atenção básica e CAPS:
o que os dados secundários mostram?

INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde ou atenção básica é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e o nível o mais complexo de todo o sistema, por ser responsável pela integração e pela coordenação da atenção com os demais níveis de maior densidade tecnológica (1). Em razão de sua localização descentralizada e de sua proximidade com a comunidade, esse nível de atenção apresenta maior capacidade de construir vínculo com os usuários. Nesse sentido, está mais apto a realizar diagnósticos e, consequentemente, intervir precocemente junto à população, quer seja no nível individual ou no coletivo. No caso específico da saúde mental, a atenção básica ganha maior relevância, uma vez que pode identificar manifestações mais precoces da doença e trabalhar para a prevenção de seu agravamento (2).

Devido a essas características, desde o início do século XXI, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e outros órgãos e pesquisadores da área recomendam a incorporação da atenção à saúde mental junto aos serviços de atenção básica (3,4,5,6,7,8,9 e 10). No Brasil, em 2004, documento ministerial sobre a atenção à saúde mental destaca os serviços de atenção básica como parte estratégica para a garantia da integralidade do cuidado, por sua localização tática territorial. Esse nível de atenção ganha, então, ênfase e protagonismo no campo (11).

Tendo como fim a busca do princípio constitucional da integralidade, a partir de 2011, o Ministério da Saúde concentra seus esforços na implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e, entre as redes temáticas selecionadas, institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na área da saúde mental. Com a sua implantação, propõe-se a criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas em sofrimento mental. Com isso, ratifica-se o papel da atenção básica de ordenadora das ações de cuidado, também na atenção à saúde mental (12). Em 2015, o Ministério da Saúde divulga um caderno temático no qual, ancorado

na RAPS, dá diretrizes para a articulação em rede da atenção básica com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

No entanto, apesar das diretrizes e dos princípios de atuação propostos para a atenção básica, por um lado, esses serviços enfrentam diversos desafios em seu trabalho no campo da saúde mental, a saber: o pouco desenvolvimento de ações nesse aspecto; a formação deficiente dos profissionais e a consequente dificuldade dos profissionais em reconhecer e cuidar do sofrimento psíquico, assim como a necessidade de apoio técnico específico nessa área; a falta de articulação com serviços especializados; a necessidade de uma escuta que promova vínculo e acolhimento, bem como atenção longitudinal e integral (13,14,15,16 e 17).

Por outro lado, os CAPS, por diversas razões, também encontram dificuldades na realização de seu trabalho de acordo com as diretrizes e os princípios propostos para sua atuação. Entre as mais importantes para o funcionamento da RAPS, podemos citar: a centralização do cuidado nesse serviço; a superlotação e a articulação precária com a atenção básica (18,19,20,21,22 e 23).

Nesse contexto de dificuldades no processo de trabalho para o andamento da RAPS, tanto na atenção básica quanto nos CAPS, introduz-se o apoio matricial ou matriciamento como uma ferramenta com a qual pode-se propiciar a articulação entre eles. O apoio matricial é uma das propostas que pode potencializar o papel da atenção básica em intervenções efetivas e com maior qualidade na atenção à saúde mental, e, portanto, auxiliar na integração da RAPS, produzindo modificações na compreensão e na atuação dos profissionais (24). A equipe do apoio, que é aquela especializada em saúde mental, no caso, o CAPS, implementaria processos de construção compartilhada com a equipe de referência na atenção básica de propostas de intervenção com corresponsabilização de ambos os serviços (25).

Diversos resultados de pesquisas brasileiras evidenciam a importância da RAPS, da articulação dos pontos da rede, em especial, da atenção básica e do CAPS, para a realização da integralidade do cuidado e o consequente cumprimento das diretrizes da rede. Entretanto, também relatam as dificuldades da implantação efetiva da RAPS, com o importante desafio de superar a desarticulação dos pontos da rede (26,27,28,29,30,31,32 e 33).

Diante da importância em compreender as dificuldades na implantação da RAPS, da relevância do matriciamento como ferramenta para essa implantação e da escassez de estudos epidemiológicos utilizando dados agregados de indicadores sobre o tema, o objetivo deste estudo foi avaliar a influência de indicadores de estrutura (recursos físicos e trabalhadores) e de processo (produção de consultas dos profissionais de saúde mental nas unidades básicas de

saúde) da RAPS na magnitude de produção de matriciamento de equipes de atenção básica realizado pelos CAPS Adulto I, II e III.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico, descritivo-analítico, baseado em dados secundários do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (34) e do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (35), disponível no programa TabNet-DATASUS/SP, abrangendo as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) de São Paulo, no período de 2014 a 2018.

Com a finalidade de facilitar a compreensão e auxiliar o entendimento das diferenças encontradas nos dados, apresentamos uma breve descrição do município. São Paulo possui uma população estimada de 11.811.516 habitantes (36). A maioria da população é urbana (99%), o Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) é de 0,805 e o Índice GINI de 0,62 (37). Com relação aos equipamentos de saúde, dispõe de: 167 unidades de saúde tradicional, 89 unidades de saúde mistas (Unidade Básica de Saúde Tradicional com Estratégia de Saúde da Família) e 210 unidades com Estratégia Saúde da Família (ESF). A cobertura de equipes de atenção básica (eAB) e equipes de Saúde da Família (EqSF)⁸ é de 60,9%. O município possui: 87 unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), 25 ambulatorios de especialidades, 23 hospitais-dia, 39 unidades de urgência e emergência e 20 hospitais. Quanto aos CAPS, São Paulo conta com 92 unidades, entre eles: 17 CAPS Álcool e Drogas III (CAPS AD III), 13 CAPS AD II, 12 CAPS Adulto III, 20 CAPS Adulto II, 5 CAPS Infantojuvenil III (CAPSi III) e 25 CAPSi II (39).

Os dados utilizados no presente trabalho foram coletados por CRS, segundo divisão adotada pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMSSP), que corresponde a seis regiões paulistanas distintas, Centro, Leste, Norte, Oeste, Sudeste e Sul, e utilizados para análise comparativa das correlações relativas aos indicadores escolhidos.

A SMSSP possui em sua estrutura organizacional seis CRS, que têm como atribuições responder pela execução das políticas municipais de saúde em seu território, planejar,

⁸ As eAB podem conter médico generalista, clínico, pediatra e ginecologista-obstetra, sendo a presença do generalista ou clínico obrigatória. A EqSF é composta por uma equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (38).

gerenciar e responder pelas ações de assistência à saúde em prevenção, promoção, recuperação e vigilância em saúde, recursos humanos e financeiros. As coordenadorias têm como responsabilidade a promoção de ações integradas com as áreas centrais da SMSSP e demais CRS, constituir e/ou participar de instâncias de articulação, pactuação e decisão do Sistema Municipal de Saúde, em âmbito local, regional e municipal. Também é de competência das CRS o desenvolvimento continuado das ações de avaliação e controle do SUS, assim como elaborar e implantar os instrumentos municipais de gestão do SUS em conjunto com as áreas centrais da SMSSP, implantar projetos prioritários de saúde definidos pelas áreas centrais da SMSSP e outros que atendam às necessidades da região. No âmbito territorial, as coordenadorias têm o encargo de identificar, apoiar e divulgar projetos desenvolvidos pelas unidades de saúde, identificando e apoiando o desenvolvimento dos profissionais de saúde por meio de ações de educação permanente em articulação com as diretrizes da SMSSP (40).

A seguir, uma breve caracterização das CRS, de acordo com informações do Boletim CEInfo (2019):

- CRS Centro: possui 457.726 habitantes, a cobertura por eAB e EqSF é de 45,2% e a população usuária exclusivamente do SUS é de 36,1%;
- CRS Leste: possui 2.494.088 habitantes, a cobertura por eAB e EqSF é de 66,6% e a população usuária exclusivamente do SUS é de 67,8%;
- CRS Norte: possui 2.302.248 habitantes, a cobertura por eAB e EqSF é de 60,9% e a população usuária exclusivamente do SUS é de 57,2%;
- CRS Oeste: possui 1.072.347 habitantes, a cobertura por eAB e EqSF é de 41,0% e a população usuária exclusivamente do SUS é de 41,4%;
- CRS Sudeste: possui 2.705.660 habitantes, a cobertura por eAB e EqSF é de 47,0% e a população usuária exclusivamente do SUS é de 46,5%; e
- CRS Sul: possui 2.779.447 habitantes, a cobertura por eAB e EqSF é de 76,8% e a população usuária exclusivamente do SUS é de 62,7%.

Os indicadores de processo, extraídos do SIASUS, selecionados para o estudo foram os procedimentos produzidos nos pontos de atenção da RAPS, a saber: consulta de psicólogo da Unidade Básica de Saúde (UBS), consulta do psicólogo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), total de procedimentos realizados por psicólogos da UBS e do NASF-AB, consulta de psiquiatra da UBS, atendimento domiciliar de psiquiatra da UBS e total de procedimentos do psiquiatra; além da produção de maior interesse deste

estudo, que foi a produção de procedimento de matriciamento de equipes de atenção básica realizado pelo CAPS. Esses dados de produção foram extraídos das bases de dados como quantidades produzidas. As informações referentes aos estabelecimentos e aos trabalhadores foram coletadas utilizando-se o mês de julho de cada ano do estudo, conforme metodologia do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)(41). A descrição detalhada desses indicadores encontra-se no Quadro 1, seguindo informações fornecidas pelo SIASUS e Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP)(42).

Quadro 1 - Descrição dos procedimentos produzidos, indicadores de processo, nos pontos de atenção da RAPS* e a sua utilização como indicador, em 2020.

Indicadores de processo	Descrição	Utilização do indicador
Matriciamento de equipes da atenção básica	Apoio técnico, orientação ao cuidado em saúde mental, realizado pelas equipes especializadas dos CAPS, às equipes de referência. Este apoio se efetiva por meio do atendimento compartilhado, corresponsabilização e cogestão na realização do projeto terapêutico singular, ações intersetoriais no território e discussões de caso e de processos de trabalho. A realização de um matriciamento não significa que somente um caso foi matriciado. Um matriciamento pode equivaler a um ou mais casos. Este procedimento é registrado pelos CAPS e não exige o registro de idade	Frequência absoluta e relativa de procedimentos realizados a cada ano por CRS
Consulta de Atenção Básica do Psicólogo na UBS	Atendimento clínico, de pessoas maiores de 18 anos, realizado por psicólogo clínico, do trabalho ou acupunturista. Este procedimento é registrado pela UBS, e o profissional que o realiza pode pertencer à UBS ou ao NASF-AB	Frequência absoluta e relativa de procedimentos realizados a cada ano por CRS
Consulta de Atenção Especializada do Psicólogo na UBS	Atendimento clínico, de pessoas maiores de 18 anos, realizado por psicólogo clínico, hospitalar, do trabalho ou neuropsicólogo. Este procedimento é registrado pela UBS, e o profissional que o realiza pode pertencer à UBS ou ao NASF-AB	Frequência absoluta e relativa de procedimentos realizados a cada ano por CRS
Total de procedimentos do Psicólogo na UBS	Total de procedimentos realizados pelos psicólogos tanto da UBS quanto do NASF-AB. Somente alguns procedimentos exigem o registro da idade. Todos os procedimentos são registrados pela UBS, e o profissional que os realiza pode pertencer à UBS ou ao NASF-AB	Frequência absoluta e relativa de procedimentos realizados a cada ano por CRS
Consulta do Psiquiatra na UBS	Atendimento clínico, de pessoas maiores de 18 anos, realizado por psiquiatra. Este procedimento é registrado pela UBS, e o profissional que o realiza pode pertencer à UBS ou ao NASF-AB	Frequência absoluta e relativa de procedimentos realizados a cada ano por CRS
Atendimento domiciliar do Psiquiatra na UBS	Atendimento clínico domiciliar, de pessoas maiores de 18 anos, realizado por psiquiatra. Este procedimento é registrado pela UBS e o profissional que o realiza pode pertencer à UBS ou ao NASF-AB	Frequência absoluta e relativa de procedimentos realizados a cada ano por CRS
Total Procedimentos do Psiquiatra na UBS	Total de procedimentos realizados pelo psiquiatra da UBS. Somente alguns exigem o registro da idade. Todos os procedimentos são registrados pela UBS, e o profissional que os realiza pode pertencer à UBS ou ao NASF-AB.	Frequência absoluta e relativa de procedimentos realizados a cada ano por CRS

*Rede de Atenção Psicossocial

Fonte: SIGTAP, 2019.

Os indicadores de estrutura da RAPS, coletados do SCNES, do município de São Paulo selecionados foram os pontos de atenção CAPS Adulto I, II, III, UBS e os profissionais

de saúde mental psicólogo, psiquiatra e as EqSF. Foram extraídas as frequências dos estabelecimentos e as quantidades de vínculos dos trabalhadores, referentes ao período da pesquisa.

Foram incluídos os dados de todas as UBS e CAPS Adulto I, II e III por CRS, com exceção do CAPS Adulto Itapeva – Prof. Luís da Rocha Cerqueira, pois trata-se de um serviço administrado por uma Organização Social de Saúde (OSS) em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, ou seja, não pertence à RAPS do município. Apesar de atender, também, a população do município, a organização do serviço é distinta. O CAPS Adulto Itapeva não pertence a nenhuma CRS, desta forma, optou-se por retirá-lo.

Os dados foram analisados no software Stata, versão 14.0. Para avaliar a normalidade dos indicadores, foi realizado o teste Kolmogorov-Smirnov. Como a variável de interesse apresentou distribuição normal, optou-se pelo teste de correlação de Pearson, considerando um nível de significância de 5%, para avaliar a relação entre o matriciamento e os indicadores de estrutura e de processo. Os valores da correlação foram classificados como fortes para 0,50 ou superior, moderados para valores variando de 0,30 a 0,49 e fracos para valores entre 0,10 e 0,29 (43).

Tais dados não possuem nenhuma identificação individual, são de domínio público, estão disponibilizados no portal da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo e foram tabulados pelo TabNet (44). A pesquisa seria dispensada de apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, no entanto, foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo com o parecer nº 3.648.026, no dia 17 de outubro de 2019.

RESULTADOS

Na Figura 1 estão apresentados os totais de produção do procedimento matriciamento de acordo com o ano e com as CRS do município de São Paulo, no período de 2014 a 2018. No geral, observamos que os totais sofrem relativa variação ao longo do período analisado e de acordo com a região. A CRS Sul, que se destaca por sua magnitude de produção do procedimento, produziu, respectivamente, 1749, 1349, 558, 1060 e 1147 procedimentos no período de 2014 a 2018. A CRS Leste, região comparável à anterior no tocante à população de abrangência, cobertura de atenção básica e de população usuária exclusiva do SUS, produziu 267, 255, 601, 1040 e 882 procedimentos, respectivamente, nos anos analisados. A

região Oeste se manteve de forma estável, porém, com a quantidade de matriciamento bastante inferior a das demais CRS. Chamou a atenção a alta produção do procedimento da CRS Centro, com a menor população de abrangência, menores índices de cobertura da atenção básica e de população usuária exclusiva, que manteve os níveis de produção inferiores apenas aos da CRS Sul em todos os anos do período estudado.

Figura 1: Total de Matriciamentos de Equipes de Atenção Básica, para o período de 2014 a 2018, segundo Coordenadorias Regionais de Saúde do município de São Paulo

Fonte: SIASUS, 2019.

Com relação às estimativas médias dos indicadores de estrutura para o período de 2014 a 2018, apresentadas na Tabela 1, observamos uma proporcionalidade das estruturas de acordo com a magnitude das respectivas populações de abrangência das CRS do município. No entanto, algumas diferenças são notáveis. Vamos considerar as regiões Sul e Leste, por serem relativamente comparáveis por população de abrangência, cobertura da atenção básica e população usuária exclusivamente do SUS. As estimativas médias são semelhantes no que se refere ao número de UBS, de CAPS Adulto e de psicólogo e se diferenciam

expressivamente com relação ao número de psiquiatras e de EqSF, que na região Leste não chega à metade do número encontrado na Sul.

Tabela 1. Estimativas médias anuais dos indicadores de estrutura, para o período de 2014 a 2018, segundo Coordenadorias Regionais de Saúde e município de São Paulo

Indicadores de estrutura	Coordenadorias Regionais de Saúde																		São Paulo		
	Centro			Leste			Norte			Oeste			Sudeste			Sul					
	n	(%)	Mín.- Máx.	n	(%)	Mín.- Máx.	n	(%)	Mín.- Máx.	n	(%)	Mín.- Máx.	n	(%)	Mín.- Máx.	n	(%)	Mín.- Máx.	n	(%)	Mín.- Máx.
UBS	8	1,8	8-8	112	24,9	111-116	89	19,8	88-92	27	6	26-29	92	20,4	91-95	122	27,1	120-126	450	100	444-468
CAPS Adulto I, II e III	1	3,3	1-1	7	23,3	7-7	5	16,7	5-6	4	13,3	4-4	6	20	6-6	7	23,3	7-8	30	100	30-31
Psicólogo	22	6,5	20-27	75	22,3	63-82	74	22	68-81	39	11,6	32-43	66	19,6	60-74	61	18,1	55-69	337	100	306-357
Psiquiatra	10	5,3	9-12	26	13,8	20-37	41	21,8	36-45	21	11,2	18-24	33	17,6	28-40	57	30,3	49-64	188	100	164-212
EqSF*	25	3,1	23-27	153	19,2	128-172	143	18	138-148	41	5,2	32-49	109	13,7	105-114	324	40,8	301-357	795	100	751-835

* Equipe de Saúde da Família

Fonte: SCNES, 2019.

A partir dos dados apresentados na Tabela 1, foram calculadas as razões entre a quantidade de UBS e CAPS Adulto, assim como entre psicólogos e psiquiatras, as quais podem ser observadas na Tabela 2. As regiões Norte, Sul, Leste e Sudeste possuem uma razão semelhante entre UBS por CAPS Adulto. Entretanto, percebe-se a diferença em relação às CRS Oeste e Centro, nas quais a razão entre os serviços representa metade da obtida pelos demais. Constatou-se, por meio do cálculo da razão entre psicólogos e psiquiatra, que a proporção de psicólogos entre as CRS é semelhante, excluindo-se a região Sul, pois possui a menor razão, havendo quase um psicólogo para cada psiquiatra, e a CRS Leste, na qual a razão é de quase três psicólogos para cada psiquiatra.

Tabela 2. Razões das estimativas médias anuais dos indicadores de estrutura, para o período de 2014 a 2018, segundo Coordenadorias Regionais de Saúde e o município de São Paulo

Indicadores de estrutura	Coordenadorias Regionais de Saúde						São Paulo
	Centro	Leste	Norte	Oeste	Sudeste	Sul	
UBS/CAPS Adulto I, II e III	8,00	16,00	17,80	6,75	15,33	17,43	15,00
Psicólogo/Psiquiatra	2,20	2,88	1,80	1,86	2,00	1,07	1,79

Fonte: SCNES, 2019.

Com relação aos indicadores de processo, as estimativas médias para o período de 2014 a 2018 e as razões de procedimentos por número de profissionais presentes estão apresentadas na Tabela 3. A produção de procedimentos, salvo exceções, era bastante concordante com os indicadores de estrutura de cada região. Ou seja, as razões de procedimentos indicam que, em média, a produção de procedimentos é coerente com o número de profissionais existentes nas CRS, com pequenas discrepâncias entre as regiões. Algumas diferenças relevantes valem ser destacadas. Uma delas é a região Centro, cujo total de procedimentos de psicólogo está bastante abaixo da média do município, chegando a pouco mais de um quarto do que os demais psicólogos produzem em outras regiões. Na mesma região, consulta de psiquiatra e total de procedimentos de psiquiatra estão ligeiramente abaixo, em comparação com o município. Na CRS Sudeste, consultas de psiquiatras e total de procedimentos desses profissionais são cerca de metade do que foi observado nas outras regiões. Na CRS Sul, chamou a atenção o atendimento domiciliar do psiquiatra, que é de aproximadamente o dobro da média municipal.

Tabela 3. Estimativas médias anuais dos indicadores de processo e a Razão de Procedimentos por Profissionais, para o período de 2014 a 2018, segundo Coordenadorias Regionais de Saúde e município de São Paulo.

Indicadores de processo	Coordenadorias Regionais de Saúde																		São Paulo		
	Centro			Leste			Norte			Oeste			Sudeste			Sul					
	n	razão proc. prof.	Mín.- Máx.*	n	razão proc. prof.	Mín.- Máx.**	n	razão proc. prof.	Mín.- Máx.**	n	razão proc. prof.	Mín.- Máx.**	n	razão proc. prof.	Mín.- Máx.**	n	razão proc. prof.	Mín.- Máx.**	n	razão proc. prof.	Mín.- Máx.**
Consulta de Atenção Básica do Psicólogo na UBS	907	*	63-1911	4644	*	2354-6531	1762	*	1262-2964	712	*	258-1075	1279	*	671-2345	1452	*	632-2664	10756	*	6878-14989
Consulta de Atenção Especializada do Psicólogo na UBS	3227	*	2297-4360	13885	*	10815-17249	25699	*	23896-27925	9276	*	7529-11322	13820	*	9966-17761	13614	*	9986-18371	79521	*	69307-88963
Total de procedimentos do Psicólogo na UBS	4988	226,73	3306-7023	38632	515,09	28144-49733	38060	514,32	36710-39438	19365	496,54	17996-21398	31681	480,02	25232-36233	32110	526,39	26291-38358	164836	489,13	144506-187736
Consulta do Psiquiatra na UBS	8231	823,10	7671-9020	30002	1153,92	25389-37198	51606	1258,68	48178-51410	19099	909,48	16778-23074	22643	686,15	9249-34666	62313	1093,21	55948-68986	193894	1031,35	189287-199436
Atendimento domiciliar do Psiquiatra na UBS	32	3,20	6-70	88	3,38	15-127	54	1,32	31-76	66	3,14	16-136	82	2,48	11-177	381	6,68	232-625	703	3,74	457-1052
Total Procedimentos do Psiquiatra na UBS	8306	830,60	7715-9064	30297	1165,27	25616-37590	51757	1262,37	48360-51573	19425	925,00	17077-23564	22819	691,48	9532-34751	63094	1106,91	56548-70113	195698	1040,95	191810-200889

* A razão não foi calculada por não ser possível identificar, separadamente, o número de psicólogos inseridos nas UBS e nas equipes NASF-AB.

** Estes valores foram acrescentados para representar a variabilidade da magnitude do indicador.

Fonte: SIASUS, 2019.

Os resultados da análise de correlação estão apresentados na Tabela 4, chamando a atenção que a CRS Leste se sobressai em relação às demais por apresentar uma forte e significativa correlação positiva entre a realização do matriciamento e a produção de procedimentos relacionados ao psicólogo, a saber, consulta de atenção básica na UBS ($r=0,916$ $p=0,029$) e consulta de atenção especializada na UBS ($r=0,922$ $p=0,026$) e o total de procedimentos na UBS ($r=0,986$ $p=0,002$). Ainda na CRS Leste, cabe assinalar que alguns indicadores relacionados com a produção de procedimentos de psiquiatras apresentaram, também, uma correlação positiva forte, apesar de não terem alcançado significância estatística. São eles a consulta ($r=0,692$ $p=0,195$) e o total de procedimentos ($r=0,691$ $p=0,197$).

Ainda nas análises de correlação, os resultados que envolvem o profissional médico psiquiatra de algumas regiões se destacaram pela forte correlação negativa apresentada, embora com valor de p próximo da significância estatística estabelecida ou sem significância estatística. Na região Centro, no tocante à produção do psiquiatra, o matriciamento apresentou uma correlação negativa forte com consulta na UBS ($r=-0,820$ $p=0,089$) e com o total de procedimentos na UBS ($r=-0,842$ $p=0,073$). A CRS Sul, com relação ao mesmo profissional, teve correlações negativas e fortes para os seguintes indicadores: consulta na UBS ($r=-0,588$ $p=0,297$) e total de procedimentos na UBS ($r=-0,568$ $p=0,318$) (Tabela 4).

O município de São Paulo apresentou correlações moderadas e fracas, com destaque para a correlação positiva, moderada e significativa entre o matriciamento e o atendimento domiciliar do psiquiatra na UBS ($r=0,415$ $p=0,022$) (Tabela 4).

Tabela 4. Correlação entre o Matriciamento de Equipes da Atenção Básica e indicadores de processo, para o período de 2014 a 2018, segundo Coordenadorias Regionais de Saúde e o município de São Paulo

Indicadores de processo	Coordenadorias Regionais de Saúde												São Paulo	
	Centro		Leste		Norte		Oeste		Sudeste		Sul			
	r	p -valor	r	p -valor	r	p -valor	r	p -valor	r	p -valor	r	p -valor	r	p -valor
Consulta de Atenção Básica do Psicólogo na UBS	-0,231	0,709	0,916	0,029	0,796	0,107	0,293	0,633	-0,168	0,787	0,397	0,508	0,183	0,334
Consulta de Atenção Especializada do Psicólogo na UBS	0,017	0,978	0,922	0,026	-0,016	0,979	0,593	0,291	-0,091	0,885	-0,397	0,508	-0,033	0,863
Total de procedimentos do Psicólogo na UBS	-0,327	0,591	0,986	0,002	0,171	0,783	-0,184	0,767	-0,111	0,859	-0,34	0,575	0,119	0,532
Consulta do Psiquiatra na UBS	-0,82	0,089	0,692	0,195	-0,56	0,327	-0,256	0,678	0,65	0,235	-0,588	0,297	0,326	0,078
Atendimento domiciliar do Psiquiatra na UBS	0,677	0,209	0,144	0,818	0,666	0,22	0,156	0,802	-0,642	0,243	-0,096	0,878	0,415	0,022
Total de Procedimentos do Psiquiatra na UBS	-0,842	0,073	0,691	0,197	-0,56	0,326	-0,242	0,695	0,648	0,237	-0,568	0,318	0,328	0,077

Fonte: SIASUS, 2019.

DISCUSSÃO

A atenção básica possui um papel fundamental na garantia da integralidade do cuidado em saúde mental e tem os CAPS como o mais importante serviço especializado no cuidado de pessoas com sofrimento psíquico grave. Compreender como se dá a articulação entre esses dois níveis de atenção, analisando indicadores que, supostamente, podem influenciar positiva ou negativamente essa articulação pode fornecer subsídios para o desenvolvimento de ações de mudanças nos processos de trabalho que contribuam para a implementação da RAPS. Discutimos neste estudo os indicadores de estrutura e de processo no contexto da RAPS e as suas inter-relações, partindo do suposto de que a produção de matriciamento de equipes de atenção básica é influenciada pela composição e pelo perfil dos profissionais de saúde presentes nas unidades de atenção básica.

Antes de passarmos para a discussão do principal objeto deste estudo, vale destacar algumas peculiaridades do município de São Paulo, que formam o contexto de nossas interpretações. Primeiramente, tentamos compreender e interpretar alguns resultados da produção de apoio matricial que se destacaram dentro da grande variabilidade e heterogeneidade observadas nas regiões. Alguns resultados, aparentemente, não têm relação com a presença de profissionais em saúde mental ou com os respectivos indicadores de produção de procedimentos. De um lado, a CRS Centro, a menor região em todos os aspectos comparada com as outras, apresentou uma elevada produção de matriciamento, comparável àquelas de muito maior estrutura. Para levantarmos uma hipótese explicativa para a elevada produção de matriciamento na região Centro, é preciso considerar a alta concentração de pessoas em situação de rua nessa área (45) e o processo de adoecimento dessa população relacionada com o consumo de substâncias psicoativas (46). Esse parece ser o contexto que favorece as altas demandas de ações em saúde mental das equipes de Consultórios na/de Rua, que, por sua vez, devem requisitar os procedimentos de matriciamento ao único CAPS Adulto da região. Estudos em profundidade são necessários para se conhecer melhor essa realidade, entretanto, podemos nos arriscar a apontar que na CRS Centro existe, de um lado, um perfil epidemiológico específico que demanda ações em saúde mental, e, de outro, uma boa articulação das eAB com o CAPS Adulto que utilizam o modelo do

matriciamento de cuidado em saúde mental, o que imprime dinamicidade à RAPS e concretude para o novo modelo de saúde mental que se quer efetivar.

Em contrapartida, a CRS Oeste, pouco divergente no tocante aos indicadores de estrutura, não alcançou, em nenhum momento do período estudado, 1/10 da produção de matriciamento da Coordenadoria Centro, mesmo que a produção média de consultas e de outros procedimentos dos profissionais de saúde mental seja comparável à das outras regiões. Essa baixa magnitude de produção de apoio matricial parece não ter uma explicação factível que possa ser sustentada com os resultados dos indicadores de estrutura e de processo. Também cabe a observação da diferença entre a quantidade de UBS por CAPS Adulto entre as regiões. Os CAPS Adulto das CRS Leste, Norte, Sudeste e Sul, teoricamente, deveriam responsabilizar-se pelo matriciamento do dobro de UBS em relação às CRS Centro e Oeste, fato que também gera um questionamento do porquê a magnitude do matriciamento na CRS Oeste é baixa em relação à CRS Centro. Aqui, se o sub-registro dos dados, ou seja, a falta do preenchimento adequado da informação não for a explicação, a outra interpretação possível seria o modelo de atenção à saúde mental adotado por essa coordenadoria, que não promove a utilização do modelo do apoio matricial como forma de cuidado de saúde mental na atenção básica.

No tocante aos indicadores de estrutura, chama a atenção o número de psiquiatras e de psicólogos inseridos nas unidades de atenção básica como um todo no município. A inserção de profissionais de saúde mental em serviços de atenção básica, embora não seja incomum, não é uma prática amplamente disseminada no país. As políticas públicas de saúde brasileiras, pelo menos, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), não definiram a presença desse tipo de profissionais na atenção básica (47). Ao contrário, no município de São Paulo, percebemos que tanto psicólogos quanto psiquiatras estão inseridos e em número expressivo nas unidades básicas de saúde.

Essa configuração parece ter uma explicação histórica relacionada a um programa de Saúde Mental desenvolvido pelo governo do estado de São Paulo. Na década de 1970, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo formulou um subprograma de saúde mental com o intuito de reduzir os riscos de morbidade psiquiátrica e de elevar os níveis de saúde mental no estado. Para isso, foram implementadas equipes mínimas de saúde mental em praticamente todos os Centros de Saúde, os atuais serviços de atenção básica, do município de São Paulo. As equipes mínimas tinham uma composição multiprofissional, com profissionais tais como

terapeuta ocupacional, psicólogo, auxiliares de enfermagem, médico sanitário, médico psiquiatra, assistente social e técnicos de enfermagem. A inserção da saúde mental na atenção básica no município de São Paulo remonta a essa época (4a).

As análises, essenciais a esta investigação, que testou a relação entre a produção de procedimentos de profissionais de saúde mental presentes na atenção básica e a produção de matriciamento de equipes de atenção básica, confirmaram plenamente a hipótese, entretanto, somente na coordenadoria Leste. Nesta, observamos que, entre 2014 e 2018, quanto maior a produção de procedimentos do psicólogo, maior a produção do matriciamento das equipes de atenção básica realizado pelos CAPS Adulto. Alguns autores têm defendido a ideia de que o psicólogo tem a interdisciplinaridade e a integralidade como eixos norteadores de sua prática (48,49 e 50), o que seria favorável à incorporação do modelo do apoio matricial e que corrobora os nossos achados.

No entanto, ao analisarmos as demais regiões estudadas, percebemos as contradições entre elas. Algumas apresentaram correlações fortes, ora positivas, ora negativas, que ressaltam as diferenças entre elas e nos obrigam a levantar outras hipóteses explicativas.

Por exemplo, com relação às consultas e ao total de procedimentos realizados pelo psiquiatra na atenção básica, é notável que na maioria das coordenadorias as correlações foram fortes, mas negativas; ou seja, na regiões Centro, Norte e Sul, a relação é inversa à esperada: à medida que a produção do psiquiatra na UBS aumentou, a frequência do matriciamento diminuiu. Isso configura que a atuação do psiquiatra pode estar interferindo de uma forma adversa na produção do apoio matricial, modelo que busca desenvolver um trabalho baseado no diálogo e na integração entre profissionais da atenção básica e os dos CAPS. É possível que os médicos psiquiatras da atenção básica tenham uma atuação característica de um especialista, não demandando cuidados de equipe interprofissional para a condução dos casos de saúde mental. Podemos dizer que essa atuação é contraditória com o processo de mudança de um modelo centrado na doença e no sintoma para aquele centrado na pessoa e na saúde integral, como o preconizado no modelo do apoio matricial e da Reforma Psiquiátrica. Em concordância com os nossos achados, a literatura reporta resistência e dificuldade do psiquiatra no desenvolvimento do apoio matricial, o que acaba, por um lado, desresponsabilizando outros profissionais de uma abordagem e intervenção em equipe

multi/interprofissional nos casos de saúde mental, e, por outro, ratificando a supervalorização do especialista (51 e 52).

Considerando-se, ainda, que na realidade dos serviços atualmente ainda prevalece o modelo médico-centrado e a medicalização, para além da perspectiva apontada acima, também pode ser possível que o próprio psiquiatra realize o matriciamento local, ou seja, o apoio matricial estaria ainda vinculado ao saber do médico especialista. Logo, a presença do profissional diminuiria a magnitude do matriciamento, o que não aconteceria nas regiões com menos psiquiatras, que buscariam o apoio matricial justamente por não terem em sua equipe a presença destes. Algumas hipóteses podem justificar esse pressuposto. A busca do matriciamento pode estar ligada à necessidade de encaminhamento e também à medicalização. Os profissionais de atenção básica, por não se julgarem capazes de oferecer o cuidado necessário a pessoas em sofrimento psíquico, encaminham esse sujeito ao CAPS. Assim como a crença de que esses indivíduos necessitam de psicofármacos, ainda enxergando que tal sofrimento deva ser medicado e não cuidado em seu sentido integral, dessa forma, encaminhando o sujeito ao psiquiatra, profissional apto a realizar esse trabalho (53 e 54).

Böing e Crepaldi (2010), tomando os anos de 2007 e 2008, analisam a inclusão de psicólogo em diferentes níveis de atenção para a caracterização de modelos assistenciais em saúde mental. As autoras constatarem uma dicotomia nas políticas públicas entre saúde e saúde mental, em que o CAPS, representando a saúde mental, apresenta um funcionamento particular, paralelo e a parte do sistema de saúde em geral. Devemos salientar que o período analisado é anterior à instituição da RAPS, que passa a dar ênfase à centralidade do cuidado na atenção básica. No entanto, não é difícil de imaginar que mudanças radicais de modelo de atenção à saúde mental necessitam de mais do que a simples implantação de um conjunto de serviços, que passa ser denominado RAPS, e a inserção de profissionais em saúde mental na atenção básica para se efetivar.

Muitos outros fatores devem concorrer para a configuração amplamente heterogênea entre as regiões no município de São Paulo no que diz respeito à produção de matriciamentos. De modo geral, o apoio matricial e as ações compartilhadas entre atenção básica e saúde mental especializada são metas presentes no Plano Municipal de Saúde de 2018 a 2021(55) e no Plano Anual de Saúde de 2019(56). Em vista disso, estabeleceram-se metas a serem cumpridas, para que o matriciamento e as ações

compartilhadas entre atenção básica e saúde mental atinjam níveis satisfatórios, ou seja, para que a articulação efetivamente se realize. Isso dá indicações de que a gestão municipal reconhece a necessidade e a importância da articulação entre a atenção básica e o CAPS para a realização do cuidado integral em saúde.

Apesar desse panorama favorável à produção de procedimentos de apoio matricial, a dinâmica de funcionamento dos serviços em cada CRS depende de pactuações realizadas entre gestores e os diversos níveis de coordenação envolvidos, tanto na região quanto no município como um todo. As diferenças na administração dos serviços também imprimem diferenciações entre as CRS. A gestão dos estabelecimentos de saúde pode ser de responsabilidade da secretaria municipal ou estadual, ou, ainda, das Organizações Sociais de Saúde. Portanto, a gerência dos serviços pode ser pública, de entidades sem fins lucrativos ou de entidades privadas. Vale lembrar que, em 2017, o município possuía 23 contratos de gestão com nove diferentes organizações sociais, com as quais cada CRS pode estabelecer acordos técnicos e políticos em que, por exemplo, uma região irá contratar mais psicólogos ou realizar programas de incentivo ao matriciamento, em detrimento de outras programações⁹. Essas são algumas pistas que levantamos para ampliarmos a nossa compreensão sobre o contexto do município de São Paulo no tocante à atenção à saúde mental.

Não obstante, temos que qualificar a discussão acima colocando em foco a principal limitação deste estudo, que se refere à utilização de dados secundários, atinentes à saúde mental, advindos de um sistema de informações que ainda possui algumas restrições na qualidade e na cobertura dos dados. Para garantir a acurácia desses registros, selecionamos o período a partir de 2014, um ano após os serviços passarem a registrar o procedimento de matriciamento, tempo que consideramos suficiente para que os dados estivessem registrados de forma correta e fidedigna. Além disso, tradicionalmente, o sistema de informação em saúde paulistano é reconhecidamente qualificado e confiável, o que nos dá possibilidades de abrir interpretações para outras localidades com características comparáveis com o município de São Paulo.

Diante do modelo no qual o compartilhamento entre os dois serviços, UBS e CAPS, é de suma importância, cabe pontuar também como limitação a territorialização no município de São Paulo. A cobertura de EqSF em São Paulo é de 35,8%, o que torna

⁹ A administração dos CAPS Adulto do município é predominantemente realizada por OSS: CRS Centro 100%, Leste 75%, Norte 100%, Oeste 50%, Sudeste 83% e Sul 75% (39a).

a territorialização um grande desafio. O modelo de atenção básica, no qual existem UBS tradicional, UBS mista e UBS com Estratégia de Saúde da Família, somado à baixa cobertura de EqSF, dificulta a territorialização e, conseqüentemente, limita a longitudinalidade do cuidado e, dessa forma, a articulação entre os serviços (33a).

Cabe acrescentar que o cuidado em saúde mental não está restrito aos especialistas, assim como o desencadeamento do matriciamento não é exclusivamente realizado por esses profissionais. As equipes dos serviços de atenção básica têm em seu escopo de trabalho a realização do cuidado em saúde mental e da busca do apoio matricial. No entanto, acreditamos que, pelas características da formação dos profissionais em saúde mental, estes podem ter facilidade na busca do matriciamento.

O apoio matricial é registrado somente pelos CAPS, fator que representa uma incoerência importante e que deve ser levada em consideração, pois o matriciamento é uma ação pela qual ambos os serviços devem ser responsáveis, devendo, portanto, computá-la.

Apesar das restrições com relação a informações oriundas de dados secundários e de não haver estudos comparáveis, a qualidade deste trabalho e a sua principal contribuição residem no fato de ele possibilitar um debate em âmbito municipal sobre o apoio matricial e as articulações entre atenção básica e CAPS Adulto. As pesquisas sobre o apoio matricial em saúde mental são predominantemente qualitativas, envolvendo número bastante restrito de serviços e profissionais de saúde mental.

No momento em que se propõe a realização de um estudo com essas características no campo da saúde mental, inúmeros desafios surgem, uma vez que essa área não possui uma tradição em pesquisas quantitativas, como, por exemplo, na área da saúde materno-infantil. Há, também, a divergência de consensos entre os atores sociais envolvidos e a subjetividade dos sujeitos e dos trabalhadores. Entretanto, as dificuldades não tornam a pesquisa menos necessária e importante, porque este tipo de investigação traz inúmeros benefícios, entre eles, o monitoramento de ações. As pesquisas deste tipo têm a possibilidade de reconhecer atributos dos serviços que possam gerar resultados positivos na subjetividade de sujeitos e na produção de saúde mental (57).

REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; 2002.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental. Brasília (DF): 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 34).
3. Nemes MIB. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: Schraiber BL, coordenadora. Programação em saúde hoje. São Paulo: Hucitec; 1990. v. 30, p. 65-116.
4. Pereira LMF, Giordano Júnior S. Saúde Mental. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, coordenadores. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 1996. v. 96, p. 133-150.
5. OMS – Organização Mundial de Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo [internet]. Lisboa: Climepsi; 2002 [acesso em 13 nov 2019]. Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf
6. Coimbra VCC, Oliveira MM, Vila TC, Almeida, MCP. A atenção em saúde mental na estratégia saúde da família. Rev Eletrônica de Enfermagem [internet]. 2005 [acesso em 10 nov 2019]; 7(1):113-111. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/847>
7. Dimenstein M, Santos YF, Brito M, Severo AK, Moraes C. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. Mental [internet]. 2005 [acesso em 11 nov 2019]; 3(5):23-41. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000200003
8. Ferriolli SHT, Marturano EM, Puntel LP. Family context and child mental health problems in the Family Health Program. Rev de Saúde Pública [internet]. 2007 [acesso em 12 nov 2019]; 41(2):251-259. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102006005000017&script=sci_arttext&tlng=en
9. Lancman S, Pereira MFL. Introdução. In: Lancman S, coordenadora. Políticas Públicas e processos de trabalho em saúde mental. Brasília: Paralelo 15; 2008. p. 9-29.
10. PAHO – Pan American Health Organization. Strategy and plan of action on mental health [internet]. Washington (DC): PAHO; 2009 [acesso em 14 nov 2019]. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33930/CD49-11-e.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004

[acesso em 19 nov 2019]. Disponível em:
http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf

12. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Diário Oficial União. 30 dez 2011; Seção 1:59 (2011a).
13. Tanaka OY, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. Ciênc. Saúde Coletiva [internet]. 2009 mar-abr [acesso em 20 nov 2019]; 14(2):477-486. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200016
14. Frateschi MS, Cardoso CL. Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. Physis: Rev. de Saúde Colet. [internet]. 2014 [acesso em 21 nov 2019]; 24(2):545-565. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000200545&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
15. Teixeira MR, Couto MCV, Delgado PGG. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. Ciên. Saúde Colet. [internet]. 2017 [acesso em 22 nov 2019]; 22(6):1933-1942. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601933&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
16. Fernandes ADSA, Matsukura TS, Lourenço MSG. Práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Básica: identificando pesquisas no contexto brasileiro. Cad. Brasileiro de Terapia Ocupacional [internet]. 2018 out-dez [acesso em 22 nov 2019]; 26(4):904-914. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526-89102018000400904&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
17. Da Rocha HA, Dos Santos AF, Reis IA, Santos MAC, Cherchiglia ML. Saúde mental na atenção básica: uma avaliação por meio da Teoria da Resposta ao Item. Rev. Saúde Pública [internet]. 2018 [acesso em 23 nov 2019]; 52(17):1-12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102018000100210&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
18. Bezerra E, Dimenstein M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. Psicologia: Ciência e Profissão [internet]. 2008 [acesso em 30 nov 2019]; 28(3):632-645. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000300015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
19. De Moura RFS, Silva CRC. Saúde mental na atenção básica: sentidos atribuídos pelos agentes comunitários de saúde. Psicologia: Ciência e Profissão [internet]. 2015 jan-mar [acesso em 02 dez 2019]; 35(1):199-210. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000100199&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

20. Ferreira TPS, Sampaio J, Souza ACN, De Oliveira DL, Gomes LB. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* [internet]. 2017 abr-jun [acesso em 03 dez 2019]; 21(61):373-384. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200373&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
21. Silva SN, Lima MG. Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial da região do Médio Paraopeba, Minas Gerais. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [internet]. 2017 jan-mar [acesso em 04 dez 2019]; 26(1):149-160. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000100149&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
22. Constantinidis TC, Cid MFB, Santana LM, Renó SR. Concepções de profissionais de saúde mental acerca de atividades terapêuticas em CAPS. *Trends in Psychology* [internet]. 2018 abr-jun [acesso em 05 dez 2019]; 26(2):911-926. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2358-18832018000200911&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
23. Onocko-Campos RT, Amaral CEM, Saraceno B, De Oliveira BDC, Treichel CAS, Delgado PGG. Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [internet]. 2018 mar-mai [acesso em 05 dez 2019]; 42(113):1-7. Disponível em:
<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e113/>
24. Amaral CEM, De Torrenté MON, De Torrenté M, Moreira CP. Apoio matricial em saúde mental na atenção básica: efeitos na compreensão e manejo por parte de agentes comunitários de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* [internet]. 2018 jul-set [acesso em 06 dez 2019]; 22(66):801-812. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000300801&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
25. Ministério da Saúde (BR). Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Guia prático de matriciamento em saúde mental [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b [acesso em 07 dez 2019]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saude_mental.pdf
26. Scheffer G, Silva LG. Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. *Serviço Social e Sociedade* [internet]. 2014 abr-jun [acesso em 07 dez 2019]; 118(1):366-393. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282014000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
27. Kemper MLC, Martins JPA, Monteiro SFS, Pinto TS, Walter FR. Integralidade e redes de cuidado: uma experiência do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* [internet]. 2015 [acesso em 07 dez 2019]

- 2019]; 19(1):995-1003. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500995&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
28. Nunes CK, Kantorski LP, Coimbra VCC. Interfaces entre serviços e ações da rede de atenção psicossocial às crianças e adolescentes. *Rev. Gaúcha de Enfermagem* [internet]. 2016 [acesso em 07 dez 2019]; 37(3):1-8. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000300403&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
 29. Salvador DB, Pio DAM. Apoio matricial e Capsi: desafios do cenário na implantação do matriciamento em saúde mental. *Saúde em Debate* [internet]. 2016 out-dez [acesso em 10 dez 2019]; 40(111):246-256. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400246&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
 30. Carvalho MFAA, Coelho EAC, De Oliveira JF, De Araújo RT, Barros AR. Desarticulação da rede psicossocial comprometendo a integralidade do cuidado. *Rev da Escola de Enfermagem de USP* [internet]. 2017 [acesso em 12 dez 2019]; 51:1-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342017000100479&script=sci_arttext&tlng=pt
 31. Kantorski LP, Coimbra VCC, Oliveira NA, Nunes CK, Pavani FM, Sperb LCSO. Atenção psicossocial infantojuvenil: interfaces com a rede de saúde pelo sistema de referência e contrarreferência. *Texto e contexto – Enfermagem* [internet]. 2017 [acesso em 11 dez 2019]; 26(3):1-10. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300309&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
 32. Leite LS, Rocha KB, Dos Santos, LM. A tessitura dos encontros da rede de atenção psicossocial. *Trabalho, Educação e Saúde* [internet]. 2017 jan-abr [acesso em 12 dez 2019]; 16(1):183-200. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000100183&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
 33. Pinho ES, Souza ACS, Esperidião E. Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. *Ciência e Saúde Coletiva* [internet]. 2018 [acesso em 13 dez 2019]; 23(1):141-152. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100141&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
 34. SIASUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde [internet]. Rio de Janeiro: DATASUS [acesso em 14 dez 2019]. Disponível em:
<http://sia.datasus.gov.br/principal/index.php>
 35. SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos [internet]. Brasília: DATASUS [acesso em 15 dez 2019]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>
 36. CEInfo. Boletim CEInfo – Saúde em Dados: Município de São Paulo – 2019 [internet]. São Paulo; 2019 [acesso em 17 dez 2019]. Disponível em:

- https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/index.php?p=258529
37. PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento [internet]. Brasília; 2019 [acesso em 18 dez 2019]. Disponível em: <https://www.br.undp.org/>
 38. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Manual instrutivo do PMAQ para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 20 dez 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf
 39. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo [internet]. São Paulo; 2019 [acesso em 19 dez 2019]. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/>
 40. São Paulo (Município). Decreto nº 57.857, de 05 de setembro de 2017. Dispõe sobre a reorganização da Secretaria Municipal da Saúde, altera a denominação e a lotação dos cargos de provimento em comissão que especifica, bem como transfere cargos de provimento em comissão entre órgãos e do Quadro Específico de Cargos de Provimento em Comissão. Diário Oficial do Município de São Paulo. 06 set 2017; Seção 1:1.
 41. Fundação IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [internet]. Brasília: IBGE [acesso em 21 dez 2019]. Disponível em: <https://ibge.gov.br/>
 42. SIGTAP. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS [internet]. Brasília: DATASUS [acesso em 22 dez 2019]. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>
 43. Cohen J. Statistical power analysis for the behavior sciences. 2. ed. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
 44. TabNet [internet]. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. São Paulo: DATASUS [acesso em 16 dez 2019]. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/index.php?p=6522>
 45. FIPE – Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas. Censo da população em situação de rua na cidade de São Paulo: resultados – São Paulo; 2015.
 46. Rosa AS, De Santana CLA. Consultório na Rua como boa prática em Saúde Coletiva. Rev. Brasileira de Enfermagem [internet]. 2018 [acesso em 22 dez 2019]; 71(1):465-466. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018000700465&script=sci_arttext&tlng=pt
 47. Böing E, Crepaldi MA. Reflexões Epistemológicas sobre o SUS e Atuação do Psicólogo. Psicol. Cienc. Prof. [internet]. 2014 [acesso em 23 dez 2019]; 34(3):745-760. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932014000300745&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

48. Böing E, Crepaldi MA. O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicologia: Ciência e Profissão* [internet]. 2010 [acesso em 23 dez 2019];30(3):634-649. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000300014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
49. Pegoraro RF, Cassimiro TJJ, Leão NC. Matriciamento em saúde mental segundo profissionais da estratégia da saúde da família. *Psicologia em Estudo* [internet]. 2014 out-dez [acesso em 03 jan 2020]; 19(4):621-631. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000400621&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
50. Iglesias A, Avellar LZ. As Contribuições dos Psicólogos para o Matriciamento em Saúde Mental. *Psicologia: Ciência e Profissão* [internet]. 2016 abr-jun [acesso em 04 jan 2020]; 36(2):364-379. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932016000200364&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
51. Vannucchi AMC, Carneiro JN. Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde, Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [internet]. 2012 [acesso em 02 jan 2020]; 22(3):963-982. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
52. Domitti ACP. Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de apoio especializado matricial na atenção básica de saúde [tese]. Campinas: Unicamp; 2006.
53. Rotoli A, Da Silva MRS, Dos Santos AM, De Oliveira AMN, Gomes GC. Saúde mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações. *Escola Anna Nery* [Internet]. 2019 [acesso em 23 dez 2019];23(2):1-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000200209&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
54. Zanella M, Luz HHV, Benetti IC, Roberti Junior JP. Medicalização e saúde mental: Estratégias alternativas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [Internet]. 2016 [acesso em 23 dez 2019];(15):53-62. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602016000100008
55. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde de 2018 a 2021 [internet]. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2017 [acesso em 05 jan 2020]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/plano_municipal_de_saude_2018_2021.pdf
56. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Anual de Saúde de 2019 [internet]. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2018 [acesso

em 06 jan 2020]. Disponível em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/programacao_anual_2019.pdf

57. Furtado PJ, Onocko-Campos TR, Trapé LT, Emerich FB, Surjus SLTL. Construção de Indicadores para a Avaliação de Caps. In: Tanaka OY, Ribeiro EL, Almeida CAL, coordenadores. Avaliação em Saúde: Contribuições para Incorporação no Cotidiano. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 37-52.

6. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se, com este trabalho, que o município de São Paulo é distinto de qualquer outra realidade no Brasil, isso tanto no âmbito do município, das CRS quanto das Supervisões Técnicas de Saúde (STS), divisões dentro das coordenadorias. A realidade é extremamente complexa devido à grandeza da cidade e da diversidade imensa que possui. As regiões têm particularidades entre si, sendo diferentes nos mais diversos aspectos, tanto culturais quanto socioeconômicos, e até nos acordos políticos estabelecidos. Tal realidade torna complexo o estabelecimento de inferências. Há, sim, a necessidade da realização de pesquisas mais aprofundadas, que, por exemplo, explorem as STS, porque talvez dessa forma seja possível obter mais detalhes de como é a articulação entre UBS e CAPS Adulto.

7. REFERÊNCIAS

Amaral CEM, De Torrenté MON, De Torrenté M, Moreira CP. Apoio matricial em Saúde Mental na atenção básica: efeitos na compreensão e manejo por parte de agentes comunitários de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(66): 801-812.

Bezerra E, Dimenstein M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2008; 28(3): 632-645.

Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*. 09 abr 2001. Seção 1: Eletrônico.

Brasil. Projeto de Lei nº 3.657, de 12 de setembro de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Transformado na Lei Ordinária nº 10.216.

Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(2): 399-407.

Carvalho MFAA, Coelho EAC, Oliveira JF, Araújo RT, Barros AR. Desarticulação da rede psicossocial comprometendo a integralidade do cuidado. *Rev. Esc.Enferm. USP*. 2017; 51: e0329.

CEInfo. Boletim CEInfo – Saúde em Dados: Município de São Paulo – 2019 [internet]. São Paulo; 2019 [acesso em 17 dez 2019]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/index.php?p=258529

CFP [internet]. Brasília, 2019. [acesso em 23 mar 2020]. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/CFP_atencaoBasica-2.pdf

Constantinidis TC, Cid MFB, Santana LM, Renó SR. Concepções de Profissionais de Saúde Mental acerca de Atividades Terapêuticas em CAPS. *Trends in Psychology*. 2018; 26(2): 911-926.

Da Rocha HA, Dos Santos AF, Reis IA, Santos MAC, Cherchiglia ML. Saúde mental na atenção básica: uma avaliação por meio da Teoria da Resposta ao Item. *Rev. Saúde Pública*. 2018; 52:17.

Dab.Saude.gov.br [internet]. Brasil: Portal do Departamento de Atenção Básica; As Redes de Atenção à Saúde [atualizado em 5 janeiro 2019; acesso em 5 jan 2019]. Disponível em: <http://www.dab.saude.gov.br>

De Almeida IS, Campos GWS. Análise sobre a constituição de uma rede de Saúde Mental em uma cidade de grande porte. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2019; 24(7): 2715-2726.

Delfini PSS, Reis AOA. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(2):357-366.

Delfini PSS, Sato MT, Antoneli PP, Guimarães POS. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Cien. Saúde Colet*. 2009;14(1):1483-1492.

Drumond MJ. Avaliação de Dados Secundários nos Serviços de Saúde. In: Tanaka OY, Ribeiro EL, Almeida CAL, coordenadores. *Avaliação em Saúde: Contribuições para Incorporação no Cotidiano*. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017. p. 115-123.

Fernandes ADSA, Matsukura TS, Lourenço MSG. Práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Básica: identificando pesquisas no contexto brasileiro. *Cad. Bras. Ter. Ocup*. 2018; 26(4): 904-914.

Ferreira TPS, Sampaio J, Souza ACN, De Oliveira DL, Gomes LB. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61): 373-384.

Figueiredo MD, Onocko-Campos RT. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Cien. Saúde Colet*. 2009; 14(1): 129-138.

Frateschi MS, Cardoso CL. Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. *Physis*. 2014; 24(2): 545-565.

Fundação IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [internet]. Brasília: IBGE [acesso em 21 dez 2019]. Disponível em: <https://ibge.gov.br/>

Furtado PJ, Onocko-Campos TR, Trapé LT, Emerich FB, Surjus Silva LTL. Construção de Variáveis para a Avaliação de Caps. In: Tanaka OY, Ribeiro EL, Almeida CAL, coordenadores. *Avaliação em Saúde: Contribuições para Incorporação no Cotidiano*. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017. p. 37-52.

Gazignato ECS, Castro e Silva CR. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. *Saúde Debate*. 2014; 38(101): 296-304.

Gordis L. *Epidemiology*. 5th. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2014.

Gryschek G, Pinto AAM. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? *Cien. Saúde Colet*. 2015; 20(10): 3255-3262.

Kantorski LP, Coimbra VCC, Oliveira NA, Nunes CK, Pavani FM, Sperb LCSO. Atenção psicossocial infantojuvenil: interfaces com a rede de saúde pelo sistema de referência e contrarreferência. *Texto contexto - enferm.* 2017; 26(3): e1890014.

Kemper MLC, Martins JPA, Monteiro SFS, Pinto TS, Walter FR. Integralidade e redes de cuidado: uma experiência do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial. *Interface (Botucatu).* 2015; 19(1): 995-1003.

Leite LS, Rocha KB; Dos Santos LM. A tessitura dos encontros da rede de atenção psicossocial. *Trab. Educ. Saúde.* 2018; 16(1): 183-200.

Lopes IC. A contribuição Paulistana à Reforma em Saúde Mental Brasileira. In: Vieira MCT, Vicentin MCG, Fernandes MIA, organizadores. *Tecendo a Rede: trajetórias da Saúde Mental em São Paulo 1989 – 1992.* São Paulo: Cabral Livraria e Editora Universitária; 2003. p. 29-91.

Lopes RE. Cidadania, Políticas Públicas e Terapia Ocupacional, no contexto das ações de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência, no Município de São Paulo [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1999.

Louvison Prado MC. Avaliação das Redes Regionais de Atenção à Saúde no SUS. In: Tanaka OY, Ribeiro EL, Almeida CAL, coordenadores. *Avaliação em Saúde: Contribuições para Incorporação no Cotidiano.* 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017. p. 125-136.

Mapoteca. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. CEInfo – Coordenação de Epidemiologia e Informação [internet]. São Paulo; 2019 [acesso em 19 dez 2019]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/index.php?p=19281

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília (DF): OPAS, 2011.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília (DF): OPAS; 2005.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília (DF); 2004.

Ministério da Saúde (BR). Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília (DF): 2011.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial União.* 22 set 2017.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Diário Oficial União. 30 dez 2011 (2011b).

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 336, de 29 de fevereiro de 2002. Estabelece a criação dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial União.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.279, de 20 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial União.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 39 – Núcleo de Apoio à Saúde da Família – v. 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília (DF): 2014.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Manual instrutivo do PMAQ para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 20 dez 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf

De Moura RFS, Silva CRC. Saúde Mental na Atenção Básica: Sentidos Atribuídos pelos Agentes Comunitários de Saúde. Psicologia: Ciência e Profissão. 2015; 35(1), 199-210.

Nunes CK, Kantorski LP, Coimbra VCC. Interfaces entre serviços e ações da rede de atenção psicossocial às crianças e adolescentes. Rev. Gaúcha Enferm. 2016; 37(3): e54858.

Onocko-Campos RT, Amaral CEMA, Saraceno B, De Oliveira BDC, Treichel CAS, Delgado PGG. Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2018; 42(113): 1-7.

Pinho ES, Souza ACS, Esperidião E. Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. Cien. Saúde Colet. 2018; 23(1): 141-152.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento [internet]. Brasília; 2019 [acesso em 18 dez 2019]. Disponível em: <https://www.br.undp.org/>

Quinderé PHD, Jorge MSB, Franco TB. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? Physis. 2014; 24(1): 253-271.

Reis S, MENESES S. Novo financiamento da atenção básica: possíveis impactos sobre o Nasf-AB [internet]. Cebes – Cen. Bras. Est. Saúde [acesso em 24 mar 2020]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/02/novo-financiamento-da-atencao-basica-impactos-sobre-o-nasf-ab/>

Rego S, Palácios M, Siqueira-Batista R. Bioética para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2009.

Relatório final. 8ª Conferência Nacional de Saúde [internet]; 17-21 de mar 1986; Brasília. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1986 [acesso 15 fev 2018]. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf

Salvador DB, Pio DAM. Apoio Matricial e Capsi: desafios do cenário na implantação do matriciamento em saúde mental. *Saúde Debate*. 2016; 40(111): 246-256.

São Paulo (Município). Decreto nº 57.857, de 05 de setembro de 2017. Dispõe sobre a reorganização da Secretaria Municipal da Saúde, altera a denominação e a lotação dos cargos de provimento em comissão que especifica, bem como transfere cargos de provimento em comissão entre órgãos e do Quadro Específico de Cargos de Provimento em Comissão. *Diário Oficial do Município de São Paulo*. 06 set 2017;Seção1:1.

Scarcelli RI. O Movimento Antimanicomial e a Rede Substitutiva em Saúde Mental: a experiência do município de São Paulo 1989 – 1992 [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1998.

Scheffer G, Silva LG. Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. *Serv. Soc.* 2014; 118(1): 366-393.

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo [internet]. São Paulo; 2019 [acesso em 19 dez 2019]. Disponível em:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/>

Silva RR, Gasparini VMF, Barboza M. Avaliação sob Medida – Produzir Estudos Relevantes em Serviços de Saúde Reais. In: Tanaka OY, Ribeiro EL, Almeida CAL, coordenadores. *Avaliação em Saúde: Contribuições para Incorporação no Cotidiano*. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017. p. 11-27.

Silva SN, Lima MG. Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial da região do Médio Paraopeba, Minas Gerais. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2017; 26(1): 149-160.

Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos [internet]. Brasília: DATASUS, 2020 [acesso em 15 jan 2020]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>

Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, [internet]. São Paulo: DATASUS, 2020 [acesso em 15 jan 2020]. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>

Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde [internet]. Rio de Janeiro: DATASUS, 2020 [acesso em 14 jan 2020]. Disponível em: <http://sia.datasus.gov.br/principal/index.php>

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): Unesco; 2002.

TabNet [internet]. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. São Paulo: DATASUS, 2020 [acesso em 16 jan 2020]. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/index.php?p=6522>

Tanaka OY, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. Cien. Saúde Colet. 2009; 14(2): 477-486.

Tanaka OY. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. Saúde Soc. 2011; 20(4): 927-934.

Tanaka OY. Avaliação em Saúde: Contribuições para Incorporação no Cotidiano. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. Avaliação em Saúde: Novos Tempos, Novas Construções; p. 1-10.

Tanaka OY, Ribeiro LE. Avaliação de Implantação de Programas Nacionais. In: Tanaka OY, Ribeiro EL, Almeida CAL, coordenadores. Avaliação em Saúde: Contribuições para Incorporação no Cotidiano. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 137-149.

Teixeira MR, Couto MCV, Delgado PGG. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. Cien. Saúde Colet. 2017; 22(6): 1933-1942.

Vidal CEL, Bandeira M, Gontijo ED. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. J. Bras. Psiquiatr. 2008; 57(1): 70-79.

Vannucchi AMC, Carneiro JN. Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde, Brasil. Physis: Rev. Saúde Colet. 2012; 22(3):963-982.

Yasui S. CAPS: Aprendendo a perguntar. In: Lancetti A, organizador. Saúde Loucura n. 1, 2. ed. São Paulo: Hucitec; 1989. p. 47-59.

Yasui S. Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica [doutorado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2006.